الحق في الصحة في دساتير العالم

إلهامي الميرغني



مركز دعم التنمية للاستشارات والتدريب

أوراق مقدمة لورشة عمل

الحق في الصحة
في دساتير العالم

إلهامي الميرغني

الحق في الصحة في دساتير العالم

المؤلف: إلهامي الميرغني

الطبعة الأولى / ٢٠١٣

الناشر: مركز دعم التنمية للاستشارات والتدريب



مركز دعم التنمية للاستشارات والتدريب

العنوان: ٣٠ ش هارون ـ الدور السادس ـ شقة ٤ ـ الدقي

رقم الإيداع : 2012/15338

نشر



+2 01222235071
rwafead@gmail.com
www.rwafead.com

المحتويات

تمهيد

تحفل المواثيق الدولية الصادرة عن الأمم المتحدة بعديد من النصوص التي تتبنى الصحة كحق أصيل للإنسان يجب أن تكفله كافة القوانين المحلية وتسهل الحصول عليه لجميع المواطنين بغض النظر عن قدرتهم المادية. لذلك جاءت الفقرة ١ من المادة ١٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لتؤكد أن: "**لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية**".

كما نص العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية الصادر عن الأمم المتحدة عام ١٩٦٦ في (المادة ١٢) علي **الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه** كأحد الحقوق الاقتصادية والاجتماعية.

كذلك جاء التعليق العام رقم ١٤ الصادر عن اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في الدورة الثانية والعشرين عام (٢٠٠٠) عن تفسير الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه وفقاً للمادة ١٢ من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية.

يفسر الحق في الصحة، على أنه حق شامل لا يقتصر على تقديم الرعاية الصحية المناسبة وفي حينها فحسب، بل يشمل أيضاً المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة والإصحاح المناسب، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية والمسكن، وظروف صحية للعمل والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة، بما في ذلك ما يتصل منها بالصحة الجنسية والإنجابية. ويتمثل جانب هام آخر في مشاركة

السكان في كامل عملية اتخاذ القرارات المرتبطة بالصحة على المستويات المجتمعية والوطنية والدولية.

يشمل الحق في الصحة، بجميع أشكاله وعلى جميع المستويات، العناصر الأساسية التالية:

التوافر:

يجب أن توفر الدولة القدر الكافي من المرافق المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية وكذلك من السلع والخدمات والبرامج. يشمل ذلك المقومات الأساسية للصحة مثل مياه الشرب المأمونة والمرافق الكافية، والمستشفيات، والعيادات، وغيرها من المباني المرتبطة بالصحة، والموظفين الطبيين والمهنيين المدربين الذين يحصلون على مرتبات تنافسية محليًا، والأدوية الأساسية وفقًا لتعريفها في برنامج العمل المعني بالأدوية الأساسية الذي وضعته منظمة الصحة العالمية.

إمكانية الوصول:

ينبغي أن يتمتع الجميع، بدون تمييز، بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، داخل نطاق الدولة. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة هي:

- عدم التمييز: يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، ولا سيما أكثر الفئات ضعفًا أو تهميشًا بين السكان بحكم القانون وبحكم الواقع، دون أي تمييز. مثل ذوي الإعاقة والحاصلين علي معاشات الضمان الاجتماعي.
- إمكانية الوصول المادي: ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في المتناول المادي والآمن لجميع فئات السكان، خاصة

الفئات الضعيفة أو المهمشة، مثل الأقليات، والنساء، والأطفال، والمراهقين، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز). كما أن إمكانية الوصول تعني ضمنيًا أن تكون الخدمات الطبية والمقومات الأساسية للصحة، مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية، في المتناول المادي والآمن للسكان بما في ذلك سكان المناطق الريفية والعشوائيات. كذلك تشمل إمكانية الوصول تمكين المعوقين من الوصول إلى المباني من خلال توفير إتاحة مناسبة.

- **<u>الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها (القدرة على تحمل نفقاتها):</u>** يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. وينبغي سداد قيمة خدمات الرعاية الصحية، والخدمات المرتبطة بالمقومات الأساسية للصحة، بناء على مبدأ الإنصاف، الذي يكفل القدرة للجميع، بما فيهم الفئات المحرومة اجتماعيًا، على دفع تكلفة هذه الخدمات سواء كانت مقدمة من القطاع الخاص أو من القطاع العام. ويقتضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء مصروفات صحية لا تتناسب معها مقارنة بالأسر الأغنى منها.
- **<u>إمكانية الوصول إلى المعلومات:</u>** تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها. غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية. مثل توفير معلومات كافية عن فيروسات الكبد أو الأنفلونزا أو الآثار الجانبية للتطعيم والأدوية.

المقبولية:

إن جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة ينبغي أن تراعي الأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافيًا، أي أن تحترم ثقافة الأفراد، والأقليات، والشعوب، والمجتمعات، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة، فضلاً عن تصميمها بشكل يحترم السرية ويرفع مستوى الحالة الصحية للأشخاص المعنيين.

الجودة:

ضرورة أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مقبولة ثقافيًا، ينبغي أن تكون مناسبة علميًا وطبيًا وذات نوعية جيدة. ويتطلب ذلك، موظفين طبيين ماهرين، وعقاقير ومعدات للمستشفيات معتمدة علميًا ولم تنته مدة صلاحيتها، ومياه شرب مأمونة، وإصحاحًا مناسبًا.

لذلك عندما نتحدث عن الحق في الصحة فإن اعتباره حق يعني وفق التعريف القانوني للحق: أنه كل ما يستطيع الفرد القيام به في إطار الشرعية القانونية التي يمنحها له القانون، أي أنه آلية أو سلطة يسندها القانون إلى المواطنين بحيث يستطيع الفرد بمقتضاها أن يحصل علي حقوقه في الرعاية الصحية. ويعتمد، مفهوم الحق، علي حماية الدولة لهذا الحق وضمان حصول جميع المواطنين عليه دون تفرقة.

فالفرد يحصل علي الرعاية الصحية بمجرد ميلاده منتميًا لهذا الوطن بغض النظر عن الدين أو الجنس أو المستوى الاجتماعي، والدولة تكفل حصول المواطنين على هذا الحق وحماية حقهم في الرعاية الصحية. لذلك تصدر التشريعات والقوانين التي تقر بهذا الحق وكيفية الحصول عليه وسبل حمايته.

كفل دستور ١٩٧١ الحق في الصحة من خلال عدة مواد منها:

(مادة ٧)

يقوم المجتمع على التضامن الاجتماعي.

(مادة ٨)

تكفل الدولة تكافؤ الفرص لجميع المواطنين.

(مادة ١٧)

تكفل الدولة خدمات التأمين الاجتماعي والصحي، ومعاشات العجز عن العمل والبطالة والشيخوخة للمواطنين جميعا، وذلك وفقا للقانون.

ورغم ذلك لم يمنع دستور ١٩٧١ الدولة من إصدار قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٦٣٧ لسنة ٢٠٠٧ بإنشاء الشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية والذي نجحت حملة لجنة الدفاع عن الحق في الصحة في صدور حكم محكمة القضاء الإداري بوقف تنفيذه. كما نجحت اللجنة في وقف لائحة أسعار العلاج بالمستشفيات العامة التي أصدرها الدكتور حاتم الجبلي في نهاية عام ٢٠٠٩ والتي أعادها الدكتور النواوى في ٢٠١٢.

ولم يمنع دستور ١٩٧١ من تدهور الخدمة بالمستشفيات العامة وتدمير مستشفيات التكامل ومستشفيات الحميات. وتمت محاولات ترقيع الوضع وامتصاص الغضب الشعبي لمرضى الأمراض المزمنة بالتوسع في العلاج على نفقة الدولة كبديل عن العلاج المجاني للجميع.

وكان هناك هجوم من المستثمرين وشركات التأمين لخصخصة الخدمات الصحية تقوده غرفة مقدمي الخدمات الصحية باتحاد الصناعات المصرية، وإعداد عدة مسودات لقانون خصخصة التأمين الصحي تم التصدي لها.

ثم جاءت ثورة ٢٥ يناير ليرفع المصريين شعار عيش، حرية، كرامة إنسانية، عدالة اجتماعية. وتوقع المصريون تحسنًا في الخدمات الصحية لم يحدث. واستطاعت حملة الدفاع عن الحق في الصحة وحركة أطباء بلا حقوق وأطباء ميدان التحرير الوقوف في وجه خصخصة الخدمات الصحية. كما نشروا وعيًا اجتماعيًا حول أهمية زيادة الإنفاق علي الصحة ضمن الموازنة العامة للدولة توجت بحملة "ماذا أهم من صحة المصريين".

لذلك ونحن علي أبواب صياغة دستور جديد لمصر، وعلي ضوء ما شهدناه من انتهاك للحق في الصحة والرعاية الصحية.

نرى أهمية أن تصاغ مواد محددة حول الحق في الصحة ضمن الدستور الجديد، لا تكتفي بالتعبيرات العامة المطاطة التي تضمنها دستور ١٩٧١. ولكن بتحديد واضح لأبعاد الحق في الصحة ومحددات حمايته وتوافره للجميع والرقابة على تنفيذه.

لذلك جاءت فكرة الاستعانة بخبرات دول العالم المختلفة وما تحويه دساتيرها من مواد تتعلق بالحق في الصحة، وما تحمله من نصوص يمكن أن تشكل توجهًا في رؤيتنا للحق في الصحة ضمن الدستور الجديد. لهذا تم تجميع نماذج من بعض الدساتير العالمية والتركيز علي المواد الخاصة بالحق في الصحة. لتكون مرشدًا لنا في حركتنا ونحن نعمل من أجل دستور جديد لمصر بعد ثورة ٢٥ يناير. ومن أجل بناء بدائل للرؤية المطروحة.

إلهامي الميرغني

الدول الأسيوية

اقتصرت الدراسة علي أربعة نماذج أسيوية متنوعة شملت الصين كدولة تطبق سياسات حماية اجتماعية، والهند كدولة ديمقراطية كثيفة السكان. ونموذجين لدول إسلامية هما إيران "دولة الملالي" وتركيا كنموذج لدولة إسلامية علمانية. تتميز الدول الأسيوية الأربع التي تم اختيارها بتعدد القوميات وتعدد اللغات وتعدد الأديان بل أن دولتين منها هما الصين والهند يمثلون ثلث سكان العالم. لقد حاولنا التعرف على أوضاع الحق في الصحة في دساتير كل منها:

دستور جمهورية الصين الشعبية

يبلغ عدد سكان الصين ١.٣ مليار نسمة وهم يمثلون ١٩٪ من سكان العالم، وعلى الرغم من أن الشعب الصيني فقير وفقاً للمعايير العالمية فإن النمو السريع لاقتصاد الصين تمكن من انتشال مئات الملايين من الناس وإخراجهم من حالة الفقر منذ عام ١٩٧٨. اليوم يعيش حوالي ١٠٪ من سكان الصين (مقابل ٦٤٪ في ١٩٧٨) تحت خط الفقر (يصل تعادل القدرة الشرائية الخاص بهؤلاء الناس إلى دولار واحد في اليوم)، في حين ارتفع متوسط العمر المتوقع بشكل كبير إلى ٧٣ سنة. أكثر من ٩٣٪ من السكان يعرفون القراءة والكتابة، مقابل ٢٠٪ في عام١٩٥٠. انخفضت البطالة في المناطق الحضرية إلى ٤٪ بحلول نهاية عام ٢٠٠٧. صدر دستور جمهورية الصين الشعبية في ٤ ديسمبر ١٩٨٢. وتعرض الدستور الصيني للحق في الصحة في ثلاث مواد هي:

المادة (٢١)

تطور الدولة الخدمات الطبية والصحية، وتشجع الطب الحديث والطب الصيني التقليدي، تشجع وتدعم إقامة مختلف المرافق الطبية والصحية من خلال التجمعات الاقتصادية في المناطق الريفية، ومؤسسات الدولة والمؤسسات ومنظمات الأحياء، وتشجع أنشطة النظافة العامة ذات الطابع الجماعي، وذلك كله من أجل حماية صحة الشعب.

وتطور الدولة التربية البدنية وتنهض بالأنشطة الرياضية الجماعية من أجل بناء قوة الناس الجسدية.

المادة (٢٥)

تدعو الدولة إلى تنظيم الأسرة لكي يتوائم النمو السكاني مع خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

المادة (٢٦)

تحمي الدولة وتحسن البيئة المعيشية والبيئة الأيكولوجية، وتمنع وتعالج التلوث وغيره من المخاطر العامة. وتنظم الدولة وتشجع على التشجير وحماية الغابات.

يتضح من المواد السابقة أن الدستور الصيني قد أكد في صدر المادة (٢١) على مسئولية الدولة عن تطوير الخدمات الطبية والصحية. كما أكد علي دعم الدولة لإقامة مختلف المرافق الصحية.

ولم يكتف الدستور الصيني بالرعاية الصحية بل ربط ذلك بالمحددات الصحية مثل النظافة و وتحسين البيئة ومنع التلوث، كما أكد على رعاية الدولة للتربية البدنية والأنشطة الرياضية. كما شدد على أهمية الدعوة لتنظيم الأسرة نظرا لتأثيرها على خطط التنمية في الصين.

دستور الهند

تقع جمهورية الهند في جنوب آسيا، وهي سابع أكبر بلد من حيث المساحة الجغرافية، والثانية من حيث عدد السكان، وهي البلد الديمقراطية الأكثر ازدحاما بالسكان في العالم. نشأت في الهند أربعة أديان رئيسة هي الهندوسية والبوذية والجاينية والسيخية، في حين أن الزرادشتية، اليهودية، المسيحية والإسلام وصلوا إليها في الألفية الأولى الميلادية وشكلت هذه الديانات والثقافات التنوع الثقافي للمنطقة. استعمرت الهند من قبل المملكة المتحدة في الفترة من منتصف القرن التاسع عشر إلى منتصف القرن العشرين، وأصبحت الهند دولة مستقلة في عام ١٩٤٧ بعد حركة الكفاح من أجل الاستقلال التي تميزت على نطاق واسع بالمقاومة السلمية.

يبلغ عدد سكان الهند عام ٢٠١١ حوالي ١.٢ مليار نسمة، تتكون الهند من ثماني وعشرين ولاية وسبعة أقاليم اتحادية. كما أن دستور الهند، هو من أطول وأكثر الدساتير المستقلة في العالم شمولا، وقد دخل حيز التنفيذ في ٢٦ يناير ١٩٥٠. مقدمة الدستور تعرف الهند باعتبارها دولة ذات سيادة، وإنها جمهورية اشتراكية وعلمانية وديمقراطية. تمتلك الهند مجلسين تشريعيين برلمانيين يعملون بنظام وستمنستر البرلماني. كان يوصف شكل الحكومة عادة بالـ"شبه الاتحادي" مع وجود مركز قوي وولايات أضعف، ولكنه نما بصورة متزايدة فيدراليا منذ أواخر عام ١٩٩٠ كنتيجة للتغيرات السياسية والاقتصادية والاجتماعية.

تعرض الدستور الهندي للحق في الصحة في المادة.

المادة ٤٧

واجب الدولة أن ترفع مستوى التغذية، ومستوى المعيشة وأن تحسن الصحة العامة. وتقوم الدولة برفع مستوى التغذية ومستوى المعيشة لشعبها وتحسين الصحة العامة من بين واجباتها الأساسية.

تعتبر الدولة رفع مستوى تغذية شعبها ومستوى معيشته وتحسين الصحة العامة واجبين من واجباتها الرئيسية وتسعى الدولة جاهدة، علي وجه الخصوص، إلى حظر استهلاك المشروبات المُسكِرة والمخدرات الضارة للصحة، إلا إذا كانت لأغراض طبية.

يتميز الدستور الهندي فيما يتعلق بالحق في الصحة بأنه اعتبرها واجبًا على الدولة والتزامًا دستوريًا فوق كل القوانين والتشريعات. ولم يأخذ المشرع الهندي بالمفهوم الضيق للصحة بل بمفهومها الواسع. فقد ربط مستوى التغذية ومستوى المعيشة بتحسين الصحة العامة في ربط هام بين الصحة ومحدداتها الاجتماعية وبشكل مميز.

بل ووضع هدف رفع مستوى التغذية والمعيشة والصحة كثلاث حلقات مترابطة. كما أكد علي أهمية حظر المشروبات المُسكِرة والمخدرات نظرًا لتأثيرها علي مستوى الصحة العامة في البلاد.

دستور إيران

يبلغ عدد سكان إيران حاليا أكثر من ٧٤ مليون نسمة، يشكل المسلمون معظم السكان وهناك أقليات دينية أخرى من بينها البهائيين، المندائيين، الزرادشتيين، البارسانيين، اليهود والمسيحيين. إضافة لأجناس مختلفة كالأكراد والتركمان والبلوش والأرمن والعرب وغيرهم ويتركزون في شمال غرب إيران وجنوب غرب إيران. كما يوجد في إيران أكثر من ١١٠ لغة منها: الفارسية، الأذريجانية، الكردية، التركمانستانية، البلوشية، السيستانية. تم

التصويت علي الدستور الإيراني عام ١٩٧٩ ووافق الشعب بأغلبية ٩٨.٢٪ علي مشروع الدستور الذي أصبح دستور الجمهورية الإسلامية في إيران.

المادة (٢٩)

تُقبل كحق عام، الاستفادة من الضمان الاجتماعي فيما يتعلق بالتقاعد والبطالة والشيخوخة والعجز وانعدام الوصي، وكذلك ما يقدم من خلال التأمين أو وسائل أخرى من استحقاقات تتعلق بتقطع السُبُل، والحوادث، والخدمات الصحية، والرعاية والعلاج الطبيين. ويجب على الحكومة أن تقدم ما هو مذكور آنفا من خدمات ومن دعم مالي لكل مواطن فردي بالاعتماد، وفقاً للقانون، على الإيرادات الوطنية والأموال التي يحصل عليها من خلال المساهمات العامة.

المادة (٤٣)

اقتصاد جمهورية إيران الإسلامية، الذي تتمثل أهدافه في تحقيق الاستقلال الاقتصادي للمجتمع، واستئصال شأفة الفقر والحرمان، وتلبية الاحتياجات البشرية في عملية التنمية مع الحفاظ علي حرية الإنسان، يستند إلي المعايير التالية:

- توفير الضروريات الأساسية لجميع المواطنين: المسكن والغذاء والملبس والنظافة والعلاج الطبي والتعليم والتسهيلات اللازمة لتكوين أسرة.

تعرض الدستور الإيراني للصحة في مادتين، الأولى وهي المادة (٢٩) حيث نص علي التأمين والعلاج في الحوادث والخدمات الصحية والعلاجية كحق عام لجميع المواطنين. ولم يشترط أو يتحدث عن القدرات المالية للمواطنين بل ألزم الدولة بكفالة الحق في الصحة كحق عام توفره الدولة من الإيرادات الوطنية والضرائب العامة.

كما اعتبر الدستور الإيراني في المادة (٤٣) أن توفير العلاج الطبي من الضروريات الأساسية لجميع المواطنين دون تفرقة، وربط ذلك باستئصال الفقر والحرمان من ناحية والاحتياجات البشرية في التنمية من ناحية أخرى.

دستور تركيا

تركيا دولة علمانية ديمقراطية، ويقدر عدد السكان في البلاد ٧٤.٧ مليون نسمة في نهاية عام ٢٠١١، معدل الإلمام بالقراءة والكتابة ٩٦٪ للرجال و ٨٨.١٪ للنساء. وتركيا تضم مجموعات عرقية مختلفة أهمها الأكراد، وهي مجموعة عرقية متميزة تتركز أساسا في المقاطعات الجنوبية الشرقية من البلاد، وهي أكبر عرق من غير العرق التركي وتقدر بحوالي ٢٠٪ من السكان. كما توجد ثلاث مجموعات عرقية أخرى معترف بها هي: الأرمن واليونانيين واليهود. إضافة إلى جماعات عرقية أخرى تشمل أبخازيين وألبان وعرب وآشوريين وبوسنيين وشركس وجورجيين و«هامشينيين»، و«لاز»، وبوماك (بلغار) وغجر.

اللغة التركية هي اللغة الرسمية الوحيدة في جميع أنحاء تركيا. وتبلغ نسبة السكان الذين يتكلموا اللغة التركية من ٧٠- ٧٥٪ من سكان تركيا، في حين أن اللغة الكردية يتحدث بها حوالي ١٨٪. أما الأديان في تركيا فهي الإسلام ويدين به ٩٦.١٪ من السكان، واللادينية ٣.٢٪، المسيحية ٠.٦٪.

تعرف تركيا بأنها دولة علمانية حيث لايوجد دين رسمي للدولة كما أن الدستور التركي يؤمن بحرية المعتقد والدين. ويعتقد أن ما بين (٨٥-٩٠٪) من المسلمين الأتراك يتبعون الطائفة السنية، بينما يتبع ما بين (١٠-١٥٪) طائفة شيعة العلويين. ليصل عددهم ما بين ٧ إلى ١٠ مليون نسمة. كما يدين ما بين ٠.٦٪- ٠.٩٪ بالمسيحية وتعتبر الكنيسة الأرثوذكسية أكبر الطوائف المسيحية في تركيا، ويعتنق حوالي ٠.٤٪ اليهودية ويبلغ عددهم

اليوم ٢٣.٠٠٠ وأغلبهم سفارديم. لذلك فالتعددية والتنوع الديني واللغوي والعرقي هو مكون رئيس للمجتمع التركي.

الدستور التركي المعمول به حاليا تم إقراره عام ١٩٨٢ وأجريت عليه عدة تعديلات كان أخرها في ١٠ مايو ٢٠٠٧. تعرض الدستور التركي للصحة في عدة مواد على النحو التالي:

المادة (١٧)

لكل فرد الحق في الحياة والحق في حماية وتطوير كيانه المادي والروحي. ولا يجوز انتهاك السلامة الجسدية للفرد إلا في ظل الضرورة الطبية وفي الحالات التي ينص عليها القانون، ويجب ألا يتعرض للتجارب العلمية أو الطبية دون موافقته. لا يجوز إخضاع أحد للتعذيب أو سوء المعاملة، كما لا يجوز تعريض أي شخص لعقوبات أو معاملة تتعارض مع كرامة الإنسان.

المادة (٥٦)

لكل فرد الحق في العيش في بيئة صحية ومتوازنة. وإن من واجب الدولة والمواطنين تحسين البيئة الطبيعية، ومنع التلوث البيئي. ولضمان أن يعيش الجميع حياتهم في ظل ظروف من الصحة البدنية والعقلية وتأمين التعاون في مجال الموارد البشرية والمادية من خلال الاقتصاد وزيادة الإنتاجية، فعلى الدولة تنظيم التخطيط المركزي لأداء الخدمات الصحية.

تكفل الدولة تحقيق هذه المهمة من خلال استخدام والإشراف على المؤسسات الصحية والمساعدة الاجتماعية، في كل من القطاعين العام والخاص. وينص القانون على إدخال نظام التأمين الصحي العام من أجل إنشاء خدمات صحية واسعة النطاق.

نصت المادة ١٧ على الحماية العامة للمواطنين وعدم خضوعهم للتجارب الطبية دون موافقتهم، وأمنت السلامة الجسدية للفرد. ثم ربطت بعد ذلك

بين الحق في الصحة والبيئة، ووضعت مسئولية مشتركة بين الدولة والمواطنين في تحسين البيئة ومنع التلوث. كما ربطت بين الصحة البدنية والصحة العقلية، وألزمت الدولة بالتخطيط المركزي للخدمات الصحية بما يوفر ضمانات رقابة وإشراف الدولة علي الخدمة الصحية التي يقدمها القطاع العام أو القطاع الخاص.

كما أكد الدستور التركي علي أهمية التأمين الصحي الذي يكفل توفير خدمات صحية متكاملة لجميع سكان تركيا. هكذا ربطت معظم التجارب الأسيوية بين الصحة البدنية والصحة العقلية، كما ربطت الصحة بالبيئة والمحددات الاجتماعية للصحة.

دول أمريكا اللاتينية

لكي نتعرف على خبرات العالم تعرضنا لبعض تجارب دول أمريكا اللاتينية التي تشكل نموذجًا مهمًا في التعاطي مع قضية الحق في الصحة. لذلك تم التركيز علي بعض الدساتير المهمة وتناولها للحق في الصحة وهي:

- البرازيل.
- فنزويلا.
- كوبا.
- تشيلي.

نتناول فيما يلي ما تضمنه دستور كل دولة فيما يتعلق بالحق في الصحة، وأهم مميزات الحق في الصحة في دستور كل دولة كمرشد لنا في وضع الدستور المصري الجديد.

دستور البرازيل

بلغ عدد سكان البرازيل عام ٢٠٠٩ حوالي ١٩٢ مليون نسمة. أغلب المهاجرين إلى البرازيل قدموا من إيطاليا وألمانيا واليابان والبرتغال وإسبانيا ولبنان وسوريا وفلسطين. كذلك توجد العديد من الجاليات الأخرى كالجالية البولندية والهولندية والأوكرانية والصينية والكورية الشمالية. غالبية سكان المناطق الشمالية والشمالية الشرقية هم ذوو أعراق مختلفة، فهناك السكان الأصليون للبلاد وكذلك ذوو الأصول الأفريقية ويكثر الأوروبيون في الجنوب.

يشكل الكاثوليك الغالبية العظمى من سكان البرازيل، كما تنتشر بها طوائف إنجيلية متعددة. توجد كذلك أقليات دينية صغيرة تنتمي إلى

ديانات أخرى كالأوريشا والبوذية والإسلام. اللغة الرسمية في البرازيل هي اللغة البرتغالية، كما أن اللغة الإسبانية منتشرة بشكل كبير جدا في البرازيل وهي لغة رسمية في بعض مناطق البرازيل ومعترف بها كأقلية، هناك عدد كبير من اللغات الوطنية.

صدر دستور البرازيل الجديد عام ١٩٨٨ وقد خصص الفصل الثاني للحقوق الاجتماعية. كما نصت المادة (٦) من الدستور على أن "والتعليم، والصحة والعمل والسكن، ووقت الفراغ، والأمن، والضمان الاجتماعي، وحماية الأمومة والطفولة، ومساعدة المعوزين هي حقوق اجتماعية، على النحو المبين في هذا الدستور" ولم يكن الحق في السكن مدرجًا في النص الأصلي لعام ١٩٨٨ ولكن تمت إضافته ضمن تعديل للدستور تم في ١٤ فبراير عام ٢٠٠٠.

خصص دستور البرازيل الباب السابع منه لصياغة تفاصيل النظام الاجتماعي وقد تم ذلك في أربعة أقسام.

- القسم الأول – أحكام عامة.
- القسم الثاني – الصحة.
- القسم الثالث – الضمان الاجتماعي.
- القسم الرابع – المعونة الاجتماعية.

حدد الدستور البرازيلي أهداف نظام الرعاية الصحية كجزء من كل أشمل هو الرعاية الاجتماعية التي تشمل بجانب الصحة الأمن والمساعدة الاجتماعية.

المادة (١٩٤)

تتكون الرعاية الاجتماعية من كلٍ متكاملٍ من التدابير التي تبادر بها الحكومة والمجتمع، بهدف كفالة الحقوق المتعلقة بالصحة والضمان الاجتماعي والمساعدة. وتقع على الحكومة، علي النحو الذي ينص عليه القانون، المسئولية عن تنظيم الرعاية الاجتماعية، إستنادًا إلي الأهداف التالية:

الأول: شمولية التغطية والخدمات للجميع.

الثاني: التوحيد والتكافؤ في المزايا والخدمات لسكان المناطق الحضرية والريفية.

ثالثا: مراعاة الانتقائية وعدالة التوزيع فيما يتعلق بتوفير الاستحقاقات والخدمات التي تقدم لهم.

رابعا: عدم قابلية قيمة الاستحقاقات للتناقص.

خامسا: المشاركة العادلة في التمويل.

سادسا: التنوع في أساس التمويل.

سابعا: طابع الإدارة الديمقراطي واللامركزي، بوجود إدارة تضم أربعة أطراف، هم العمال وأصحاب العمل والأشخاص المتقاعدون والحكومة في الهيئات الجماعية.

القسم الثاني - الصحة

المادة (١٩٦)

الصحة حق للجميع وواجب على الدولة، وينبغي كفالتها بواسطة السياسات الاجتماعية والاقتصادية التي ترمي الى الحد من مخاطر التعرض للمرض وغير ذلك من الأخطار، والى استفادة الجميع على قدم المساواة من التدابير والخدمات التي ترمي الى تحسين الصحة وحمايتها والتعافي.

المادة (١٩٧)

التدابير والخدمات الصحية ذات أهمية عامة، وتقع على الحكومة مسئولية التكفل بها وفقًا للقانون، بتنظيمها والإشراف عليها ومراقبتها، وتضطلع الحكومة بتلك التدابير والخدمات مباشرة أو بواسطة أطراف ثالثة وأيضًا بواسطة أفراد أو كيانات اعتبارية من القطاع الخاص.

المادة (١٩٨)

تحقق التدابير الصحية والخدمات العامة تكاملاً بين شبكة ذات طابع إقليمي وذات تسلسل هرمي وتشكل نظامًا موحدًا مهيكلا وفقًا للتوجهات التالية:

أولا : اللامركزية، مع وجود إدارة وحيدة في كل مجال من مجالات الحكم.

ثانيا : تقديم خدمات كاملة، مع إيلاء الأولوية للأنشطة الوقائية، دون المساس بالخدمات المساعدة.

ثالثا : مشاركة المجتمع المحلي في إدارة الأنظمة الصحية.

يمول النظام الصحي في البرازيل من ميزانية الرعاية الاجتماعية في الاتحاد والولايات ومنطقة العاصمة الاتحادية والبلديات، ويعتمد التمويل بشكل رئيسي علي الضرائب العامة ويعاد تقييم النظام مرة كل خمس سنوات. كما يمكن لمديري الصحة في المحليات تدبير التمويل المحلي لمكافحة بعض الأمراض المتوطنة علي المستوى المحلي من خلال المجالس البلدية.

المادة (١٩٩)

المساعدة الصحية مفتوحة أمام مؤسسات القطاع الخاص.

الفقرة (١) يجوز لمؤسسات القطاع الخاص أن تشارك بطريقة تكميلية في النظام الصحي الموحد، وفقا للتوجيهات التي تضعها الحكومة، عن طريق عقود القانون العام أو اتفاقاته، مع إعطاء الأفضلية للهيئات الخيرية التي لا تستهدف الربح.

الفقرة (٢) يُحظر تخصيص أموال عامة لمساعدة مؤسسات من القطاع الخاص أو إعانتها لو كان هدفها تحقيق الربح.

الفقرة (٣) تُحظر المشاركة المباشرة أو غير المباشرة للشركات الأجنبية أو رأس المال الأجنبي في تقديم الخدمة الصحية المحلية، إلا في الحالات التي ينص عليها القانون.

الفقرة(٤) ينظم القانون علي الشروط والمتطلبات التي تسهل إزالة الأنسجة والأجهزة والأعضاء البشرية لأغراض الزرع، والبحوث والعلاج، وكذلك نقل الدم ومنتجاته الثانوية وجمعه ومعالجته، ويحظر جميع أنواع بيعها.

المادة (٢٠٠)

تقع على عاتق النظام الصحي الموحد، بالإضافة إلى واجباته، واجبات أخرى، كما هي محددة بموجب القانون، المسئولية عن:

أولا : الإشراف علي العمليات والمنتجات والمواد ذات الأهمية للصحة ومراقبتها، والمشاركة في إنتاج الأدوية والمعدات والمنتجات البيولوجية الخاصة بالمناعة ومنتجات الدم وغيرها من المدخلات.

ثانيا : تنفيذ إجراءات لتوخي اليقظة الصحية والخاصة بالأوبئة وكذلك الإجراءات المتعلقة بصحة العمال.

ثالثا : تنظيم عمليات تدريب العاملين في مجال الصحة.

رابعا : المشاركة في تحديد السياسة وتنفيذ الإجراءات الصحية الأساسية.

خامسا: تشجيع التطوير العلمي والتكنولوجي، في إطار نطاق عمله.

سادسا : الإشراف علي المواد الغذائية والرقابة عليها، بما يشمل محتوياتها الغذائية، وكذلك المشروبات والمياه المستخدمة في الاستهلاك البشري.

سابعا - المشاركة في الإشراف علي إنتاج المواد والمنتجات السامة والمشعة والمؤثرة علي الحالة النفسية، ونقلها وتخزينها واستخدامها، والمشاركة في الرقابة علي تلك العمليات.

ثامنا - التعاون في الحفاظ علي البيئة، بما في ذلك بيئة مكان العمل.

يتضح من خلال الاطلاع علي مواد دستور البرازيل وجود اهتمام متميز بالحق في الصحة سواء من خلال وجودها ضمن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في المادة السادسة من الدستور. أو من خلال قسم الصحة ضمن الباب السابع الخاص بالرعاية الاجتماعية.

يمكننا أن نميز النظام البرازيلي في الصحة بما يلي:

١. خصص الدستور البرازيلي ٦ مواد لمواصفات الحق في الصحة وهو ما يعادل ٢,٥٪ من مواد الدستور (٢٥٠ مادة).
٢. أكد علي التوزيع العادل للخدمة الصحية بين الريف والحضر.
٣. وضع ضمن الدستور أهداف واضحة للنظام الصحي المادة (١٩٤) تضمن الشمولية والمساواة والتمويل والمشاركة في إدارة النظام الصحي بطريقة لامركزية وهو ما يتطابق والتعليق العام رقم (١٤) حول المادة (١٢) من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية وشروط إعمال الحق في الصحة.
٤. رغم السماح للقطاع الخاص بتقديم الخدمة الصحية إلا انه أعطي الأولوية للمنظمات غير الربحية بما يحافظ علي تقديم الخدمة بشكلٍ متساوٍ للجميع بغض النظر عن مقدرتهم المالية. كما وضع قيود علي دخول الشركات الأجنبية لتقديم خدمات صحية في البرازيل.
٥. أعطي عناية كبيرة للأنشطة الوقائية لأن الهدف هو منع المرض وليس علاجه.

٦. اهتم باللامركزية في المشاركة وإدارة النظام الصحي على جميع المستويات.
٧. اشترط مشاركة جميع الأطراف في إدارة الخدمات الصحية.
٨. وضع ضوابط لزراعة الأعضاء ونقل الدم.
٩. ركز على تدريب العاملين في الصحة والاهتمام بالتنمية العلمية والتكنولوجية.
١٠. وضع دور للصحة في الرقابة على الغذاء.
١١. ربط الصحة بالبيئة سواء في الرقابة على المواد السامة والمشعة أو من خلال الإشراف على إجراءات الحفاظ على البيئة.
١٢. اهتم بصحة العمال وتوفير شروط السلامة الصحية والمهنية في أماكن العمل.

دستور فنزويلا

فنزويلا جمهورية فيدرالية تتكون من ٢٣ ولاية، والإقليم الفيدرالي (كاراكاس)، يتبعه ٧٢ جزيرة. ويبلغ عدد سكان فنزويلا عام ٢٠٠٩ حوالي ٢٦.٨ مليون نسمة. واللغة الاسبانية هي اللغة الرسمية. كما أن اللغات الأصلية هي أيضا لغات رسمية للشعوب التي تتكلمها ويتم احترامها في كل أراضي الجمهورية لأنها تشكل إرثا ثقافيا للأمة وللإنسانية وفقا للدستور.

يتمركز السكان في المناطق المرتفعة خصوصًا في الشمال، وتضم هذه المرتفعات حوالي ٧٠٪ من جملة السكان، ويرجع هذا للظروف المناخية وخصوبة التربة، حوالي ١٠٪ يعيشون حول بحيرة ماراكايبو وفي حوض نهر أورينيكو، و٢٠٪ من السكان في مناطق المساحل، وحوالي ثلث السكان خليط من الأسبان والهنود الأمريكيين، و٧٠٪ من جملة السكان من عناصر المستيزو، وأقليات أوروبية، ونسبة ضئيلة من الزنوج، وجماعات من الهنود الأمريكيين، وهؤلاء في

عزلة بالمناطق الجبلية. دين الغالبية المسيحية الكاثوليكية، إلا أنه يوجد فيها مسلمون وبروتستانت ويهود وديانة أوريشا.

وإذا كنا دائمًا نتحدث عن المعاهدات والاتفاقيات الدولية كمرجعية رئيسية لحقوق الإنسان السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية. فإن فنزويلا تتميز عن كثير من دول العالم بوضع مادة ملزمة تمنح مواطني فنزويلا حق اللجوء إلي المنظمات الدولية في حالة الاعتداء علي أي حق من الحقوق المقرة في الاتفاقيات الدولية.

مادة (٣١):

لكل شخص الحق في أن يتقدم بطلبات أو اعتراضات للأجهزة الدولية المنشأة لهذه الأغراض، وذلك ضمن الحدود المقررة في المعاهدات والمواثيق والاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان التي صدقتها الجمهورية، بهدف طلب حماية حقوقه الإنسانية.

تتبنى الدولة، وفق الإجراءات المقررة في هذا الدستور وفي القانون، المعايير الضرورية لتنفيذ القرارات الصادرة عن الأجهزة الدولية السابقة الذكر في هذه المادة.

صدر الدستور الحالي للدولة في ٣٠- ١٢- ١٩٩٩ وخصص الفصل الخامس منه للحقوق الاجتماعية وحقوق العائلات.

مادة (٨١):

لكل شخص معاق أو لديه ظروف خاصة الحق في ممارسة إمكانياته بشكل كامل ومستقل وفي انتسابه العائلي والاجتماعي. تضمن له الدولة، بالاشتراك التضامني مع العائلات والمجتمع، احترام كرامته الإنسانية وتكافؤ في الفرص وشروط عمل مقبولة وتدعم تدريبه وتأهيله ودخوله لعمل يتناسب

مع ظروفه، حسب القانون. يعترف للأشخاص الصم أو البكم بالحق في التعبير والاتصال من خلال لغة الإشارات الفنزويلية.

مادة (٨٣):

الصحة حق اجتماعي أساسي، والتزام على عاتق الدولة، تضمنه كجزء من حق الحياة. تدعم الدولة وتنظم سياسات موجهة لرفع مستوى الحياة وتحسين الوضع المعيشي الجماعي والتمتع بالخدمات. إن حماية الصحة حق لجميع الأشخاص كما أن عليهم واجب المشاركة بشكل فعال في توفيرها والدفاع عنها وفي تنفيذ الإجراءات الصحية والوقائية التي يقررها القانون، وذلك حسب المعاهدات والاتفاقيات الدولية التي صدقت عليها ووقعتها الجمهورية.

مادة (٨٤):

من أجل ضمان الحق في الصحة، تقوم الدولة بإنشاء وتوجيه وإدارة نظام صحي وطني عام تساهم فيه جميع القطاعات، ويكون لا مركزيا وتشاركيا، يتكامل مع نظام التأمين الاجتماعي، ويقوم على مبادئ المجانية والعمومية والشمولية والمساواة والتعاون الاجتماعي والتضامن. يعطي النظام الصحي الوطني العام أولوية لرفع مستوى الصحة والوقاية من الأمراض، ويضمن علاجا سريعا وإعادة تأهيل جيدة. المرافق والخدمات الصحية العامة ملك للدولة ولا يمكن تحويلها للملكية خاصة. للمجتمع المنظم الحق وعليه واجب المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بتخطيط وتنفيذ ومراقبة السياسة المحددة في المؤسسات الصحية العامة.

مـادة (٨٥):

إن تمويل النظام الصحي الوطني العام الزامي على الدولة، ويتأتى من جباية الضرائب، ومستحقات التأمين الاجتماعي الإجباري، ومن أي مصدر تمويل آخر يقرره القانون. تضمن الدولة للصحة ميزانية تسمح بتحقيق أهداف السياسة الصحية. بالتنسيق مع الجامعات ومراكز البحوث تُدعم وتُنظم سياسة وطنية لإعداد أخصائيين وتقنيين وصناعة وطنية لإنتاج أجهزة صحية. تنظم الدولة مؤسسات الصحة العامة والخاصة.

مـادة (٨٦):

لكل شخص الحق في الضمان الاجتماعي كخدمة عامة لا تهدف للربح، تضمن الصحة وتؤمن الحماية في حالات طوارئ الحمل والأبوة والمرض والعجز والأمراض الوبائية والإعاقة والضرورات الخاصة وإصابات العمل وفقدانه والبطالة والشيخوخة والترمُّل والتيتُّم والسكن والأعباء الناجمة عن الحياة العائلية والظروف الاجتماعية الأخرى. الدولة ملزمة بتأمين فاعلية هذا الحق، بإنشاء نظام ضمان اجتماعي عام، ومتكامل، وبتمويل تضامني، وموحد، وكفء، وتشاركي، وبمساهمات ضريبية مباشرة أو غير مباشرة. إن عدم مقدرة الأفراد على المساهمة فيه لن تكون سببا بحرمانهم من حمايته. لا يمكن تخصيص مصادر تمويل الضمان الاجتماعي لأهداف أخرى. إن تسديد الحصص الإلزامية الذي يقوم بها العمال لتغطية الخدمات الطبية والعلاجية ومصالح الضمان الاجتماعي الأخرى، يمكن أن يخصص فقط لأهداف اجتماعية بإشراف الدولة. يتراكم الفائض الصافي من رأس المال المخصص للصحة والتربية والضمان الاجتماعي بهدف توزيعه على هذه الخدمات ودعمها. ينظم قانون أساسي خاص منهج الضمان الاجتماعي.

مادة (١٢٩):

كل النشاطات التي يحتمل أن تلحق أضرارا بالأنظمة البيئية يجب أن تسبق بتقديم دراسات عن الأثر البيئي والاجتماعي والثقافي.

تحظر الدولة دخول النفايات السامة والخطيرة للبلد، وكذلك صنع واستعمال الأسلحة النووية والكيميائية والبيولوجية. ينظم قانون خاص استخدام وإدارة ونقل وتخزين المخلفات السامة والخطيرة.

في العقود التي تبرمها الجمهورية مع أشخاص طبيعيين أو اعتباريين وطنيين أو أجانب أو في التراخيص التي تمنحها والتي تؤثر على الثروات الطبيعية، يعتبر مدرجا كشرط إلزامي - وإن كانت لا تنص على ذلك صراحة- المحافظة على التوازن البيئي والسماح بالتعرف على التقنية وانتقالها بشروط متفق عليها من قبل الطرفين وإعادة البيئة لوضعها الطبيعي إذا ما أصابها ضرر، وذلك طبقا للنصوص التي يحددها القانون.

يتضح من خلال عرض مواد دستور فنزويلا فيما يتعلق بالحق في الصحة عدة حقائق منها:

١. أفرد الدستور الفنزويلي المادة (٨٣) لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة كنوع من التمييز الضروري بحق هذه الفئة.
٢. أقر أن الحق في الصحة حق اجتماعي ترعاه الدولة وفق المعاهدات الدولية التي وقعتها الدولة وهو ما يلزم بتطبيق كافة المعايير الواردة في الاتفاقيات الدولية الخاصة بالصحة.
٣. يعتمد النظام الصحي على اللامركزية والتشاركية في إدارة النظام الصحي وتخطيط وتنفيذ ومراقبة السياسة في المؤسسات الصحية العامة..
٤. يتكامل الحق في الصحة مع نظام تأمين اجتماعي يحقق الشمولية والمساواة.

٥. أكد على أن المرافق والخدمات الصحية العامة ملك للدولة ولا يمكن تحويلها لملكية خاصة.

٦. تمويل النظام الصحي مسئولية الدولة من خلال الضرائب العامة والاشتراكات في أنظمة التأمينات الاجتماعية والمصادر الأخرى التي تقررها الدولة.

٧. اشترط المجانية والشمولية في النظام الصحي.

٨. ربط بين المنظومة الصحية والجامعات ومراكز البحوث والصناعات المرتبطة بالصحة كالأدوية والأجهزة الطبية من أجل تقديم أفضل خدمة صحية للمواطن.

٩. أكد على أن عدم مقدرة الأفراد على المساهمة في تمويل النظام الصحي لن يكون سببا لحرمانهم من الحماية.

١٠. أكد على أهمية البعد البيئي كمكمِّل رئيس للنظام الصحي، وهو جزء من المحددات الاجتماعية للصحة. كما ركز على التعامل مع النفايات السامة والخطرة.

١١. أكد على مراجعة العقود التي يمكن أن تؤثر على الموارد الطبيعية والتوازن البيئي لكي يتم الحفاظ على الموارد الطبيعية بحالة جيدة للأجيال القادمة.

دستور كوبا

تقع جمهورية كوبا في منطقة الكاريبي عند مدخلِ خليج المكسيك، وتتكون من جزيرة كوبا وجزيرة لاجوفنتود التي تبلغ مساحتها الإجمالية ٢.٢٠٠ كم٢، وعدة أرخبيلات. هافانا عاصمة البلاد وأكبر مدنها، وسانتياغو دي كوبا ثاني أكبر مدن البلاد. يزيد عدد سكان كوبا عن ١١ مليون نسمة، وهي أكثر جزر الكاريبي كثافة سكانية. يعيش ٧٤.٦٪ من السكان في المدن الحضرية، بينما يسكن ٢٥.٤٪ من السكان في المناطق الريفية. تدخلت عناصر

عدة في تركيبة الشعب الكوبي وثقافته وعاداته. تعرف كوبا تاريخيًا بارتفاع أعداد العاملين في المجال الطبي، وقدمت مساهمات كبيرة للصحة العالمية منذ القرن التاسع عشر.

تمتلك كوبا اليوم نظام رعاية صحية عالمي مجاني، رغم أزمة نقص الموارد الطبية؛ لا يوجد نقص في العاملين في المجال الطبي. الرعاية الصحية الأولية متاحة في جميع أنحاء الجزيرة، ووفيات الرضع ومعدلات وفيات الأمهات أفضل من مثيلاتها في الدول المتقدمة. لقد شهدت مرحلة ما بعد الثورة في الستينيات تدهورًا شاملًا من حيث الأمراض ومعدلات وفيات الرضع، حيث غادر البلاد نصف عدد أطبائها البالغ عددهم ٦٠,٠٠٠. عادت البلاد إلى حالتها الطبيعية في الثمانينيات، وأكدت الحكومة الشيوعية على توفير الرعاية الصحية الشاملة حيث أصبحت ذات أولوية في خطط الدولة، وبدأ التقدم في المناطق الريفية. على غرار بقية قطاعات الاقتصاد الكوبي، عانت الرعاية الطبية الكوبية من نقص شديد في المواد بعد سقوط الاتحاد السوفيتي في عام ١٩٩١، وما تبعه من تشديد الحظر الأمريكي عام ١٩٩٢. تمتلك كوبا أعلى نسبة أطباء بالنسبة لتعداد السكان، كما أرسلت الآلاف من الأطباء إلى أكثر من ٤٠ بلدًا حول العالم لتقديم الخدمة الصحية.

وفقًا للأمم المتحدة، فإن متوسط العمر المتوقع في كوبا هو ٧٨,٣ سنة (٧٦,٢ للذكور و ٨٠,٤ للإناث). يضع هذا الأمر كوبا في المرتبة الـ ٣٧ عالميًا والثالثة في الأمريكتين بعد كندا وتشيلي فقط وقبل الولايات المتحدة مباشرة. معدل وفيات الرضع في كوبا انخفض من ٣٢ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود في عام ١٩٥٧، إلى ١٠ حالات وفاة في ١٩٩٠- ١٩٩٥ بينما وصل المعدل في الفترة ٢٠٠٠- ٢٠٠٥ إلى ٦,١ لكل ١,٠٠٠ حالة ولادة (مقابل ٦,٨ في الولايات

المتحدة). وقد اعتبر نظام الرعاية الصحية عالي الجودة المقدّم للمواطنين الكوبيين، بأنه "انتصار عظيم" للنظام الاشتراكي في كوبا.[1]

صدر الدستور الكوبي في ٢٤ فبراير ١٩٧٦، وتم تعديله في ٢٦ يونيو ١٩٧٨، ثم في ١٢ يوليو ١٩٩٢، وأخيراً في ٢٦ يونيو ٢٠٠٢. بمتابعة الحق في الصحة في الدستور الكوبي نجد الآتي:

المادة (٩)

ب) ضمانات للشعب

- إن كل رجل أو امرأة، قادر على العمل، يجب أن تتوفر لديه وظيفة للمساهمة في خير المجتمع وتلبية الاحتياجات الفردية.
- أن لا يترك أي شخص معاق دون المستوى المتوسط الكاف من المعيشة.
- أن لا يمكن ترك المريض بدون الرعاية الطبية.
- أن لا يترك أي طفل من دون طعام، أو تعليم أو ملابس.
- أن لا يترك أي شخص في سن الشباب دون فرصة للدراسة.
- أن لا يبقى فرد من دون الحصول على الثقافة والدراسات والرياضة.

المادة (٣٨)

علي الآباء والأمهات واجب توفير الغذاء لأطفالهم؛ لمساعدتهم على الدفاع عن مصالحهم المشروعة وتحقيق طموحاتهم، والمساهمة بنشاط في تعليمهم والتنمية المتكاملة لهم كمواطنين صالحين وإعدادهم إعدادا جيدا للحياة في المجتمع الاشتراكي.

من واجب الأطفال، بدورهم، احترام ومساعدة ذويهم.

(1) http://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%83%D9%88%D8%A8%D8%A7

كما تم تخصيص الفصل السادس من دستور كوبا لوضع مواد خاصة بالمساواة بين المواطنين في عدة مواد منها:

المادة ٤١

جميع المواطنين متساوون في الحقوق ويخضعون لواجبات متساوية.

المادة ٤٢

ممنوع التمييز بسبب العرق، أو لون البشرة، أو الجنس، أو الأصل القومي أو المعتقدات الدينية أو اي شكل آخر من أشكال التمييز الضارة لكرامة الإنسان وسوف يعاقب عليها القانون.

وواجب المؤسسات التابعة للدولة تثقيف الجميع من أصغر سن علي مبدأ المساواة بين البشر.

المادة ٤٣

تكرس الدولة الحق الذي حققته الثورة بالمساواة بين جميع المواطنين، بغض النظر عن العرق أو اللون أو الجنس أو المعتقد الديني أو الأصل القومي أو أي حالة قد تكون ضارة لكرامة الإنسان:

- أن يعطى الأجر المتساوي للعمل المتساوي.
- الحق في التعليم في جميع المؤسسات التعليمية الوطنية، بدءا من المدارس الابتدائية إلى الجامعات، التي هي نفسها للجميع.
- تعطى الرعاية الصحية في جميع المؤسسات الطبية؛ في أي منطقة، أو قطاع أو المنطقة التي يفضل العيش والبقاء فيها.

المادة ٤٤

النساء والرجال لهم نفس الحقوق في المجالات السياسية والاقتصادية والثقافية والاجتماعية، وكذلك في الأسرة.

تكفل الدولة للمرأة نفس الفرص والإمكانيات التي للرجال، من أجل تحقيق مشاركة المرأة الكاملة في تنمية الوطن.

كما تنظم الدولة مؤسسات، مثل مراكز الرعاية النهارية للأطفال، وشبه المدارس الداخلية والمدارس الداخلية، ودور المسنين والخدمات التي تجعل من السهل على الأسرة العمل وتحمل مسؤولياتها.

وترعى الدولة الصحة الإنجابية للمرأة، وإعطاء المرأة العاملة إجازة أمومة مدفوعة الأجر قبل وبعد الولادة وخيارات عمل مؤقت متوافق مع أوضاع الأمهات.

الدولة تسعى جاهدة لتهيئة جميع الظروف التي تساعد على جعل مبدأ المساواة حقيقي.

المادة ٤٩

تكفل الدولة الحق في السلامة والحماية والنظافة في العمل عن طريق اتخاذ تدابير كافية للوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية.

أي شخص يعاني من وقوع حادث خلال عمله أو يتأثر بمرض مهني له الحق في الرعاية الطبية والحصول على تعويض أو تقاعد في تلك الحالات المؤقتة أو الدائمة أو ما يتبعه من عجز عن العمل.

المادة ٥٠

لكل فرد الحق في الحماية والرعاية الصحية. وتكفل الدولة هذا الحق.

- من خلال توفير الرعاية الطبية المجانية ومستشفى عن طريق المنشآت التابعة لشبكة الخدمات الطبية الريفية، والمستوصفات والمستشفيات ومراكز العلاج الوقائية والمتخصصة.
- عن طريق تقديم خدمات طب الأسنان حرة.
- من خلال تعزيز حملات الدعاية الصحية والتعليم والصحة والفحوص الطبية الدورية، واللقاحات العامة وغيرها من التدابير لمنع تفشي المرض. لجميع السكان.

يتضح مما سبق وجود الكثير من التفاصيل عن الحق في الصحة في الدستور الكوبي والذي يدعم تميز النظام الصحي في كوبا عن غيره من الأنظمة. ويمكن تلخيصه فيما يلي:

١. وضع ضمن ضمانات المواطن الكوبي أن لا يترك أي شخص معاق دون المستوى المتوسط الكاف من المعيشة.
٢. كما نص ضمن حقوق المواطن علي أنه لا يمكن ترك المريض بدون الرعاية الطبية.
٣. أكد علي دور وواجب الآباء والأمهات في توفير الغذاء لأطفالهم ودعم الدولة لهم لتوفير ذلك. وبذلك ربط بين توفير الغذاء المناسب وبين صحة الأطفال كجزء هام من المحددات الاجتماعية للصحة.
٤. أكد في أكثر من مادة علي أهمية المساواة بين المواطنين بغض النظر عن اختلافاتهم العرقية أو الجغرافية مع المساواة التامة بين الريف والحضر.

٥. أكد الدستور الكوبي علي أهمية رعاية الدولة للصحة الإنجابية للمرأة، وإعطاء المرأة العاملة إجازة أمومة مدفوعة الأجر قبل وبعد الولادة وخيارات عمل مؤقت متوافق مع أوضاع الأمهات.

٦. أكد علي دور الدولة وأهميته في جعل مبدأ المساواة بين الرجل والمرأة حقيقي وتوفير الضمانات اللازمة لتحقيق ذلك.

٧. أكد علي أهمية السلامة والصحة المهنية ومقاومة الأمراض المهنية وحالات العجز وإقرار التعويض المناسب للعمال.

٨. أكد علي توفير الرعاية الطبية المجانية لجميع السكان في الريف والحضر من خلال منظومة صحية متكاملة.

٩. أكد علي أهمية تقديم خدمات طب الأسنان ضمن النظام الصحي الذي تكفله الدولة بالمجان.

١٠. أكد علي أهمية الرعاية الأولية وتوفير التوعية والتطعيمات والفحوص الدورية بما يقلل من معدلات الإصابة بالمرض.

دستور شيلي

شيلي كانت قبل استعمار اسبانيا لها جزءا من إمبراطورية الأنيكا الهندية الأميركية، احتلتها أسبانيا في سنة ١٥٤٠ م وظلت مستعمرة أسبانية حتى سنة ١٨١٨ م، وذلك عندما أعلن قيام الجمهورية بشيلي، وتعتبر شيلي دولة الشريط الساحلي، وذلك أن أرضها على شكل مستطيل في غربي القارة، وتبلغ مساحة شيلي (٧٥٦،٦٢٦) كيلو مترا مربعًا، وعاصمتها سنتياجو.

مجموع السكان ١٦،٩ مليون نسمة، متوسط العمر المأمول عند الميلاد ٧٦ سنة للذكور و ٨٢ سنة للإناث، احتمال الوفاة قبل سن الخامسة هي ٩ (لكل ١٠٠٠ وليد حي)، بلغت النفقات الصحية ٨،٢٪ كنسبة مئوية من الناتج القومي الإجمالي.

صدر دستور شيلي الحالي في ٢١ أكتوبر ١٩٨٠ وقد تضمن الفصل الثالث من الدستور تعريف للحقوق والواجبات وما يتعلق منها بالحق في الصحة.

المادة ١٩

يكفل الدستور لجميع الأشخاص.:

- <u>الحق في الحياة والسلامة الجسدية والنفسية للفرد.</u>
- <u>الحق في العيش في بيئة خالية من التلوث.</u>

- من واجب الدولة مراقبة وحماية هذا الحق والحفاظ على الطبيعة.
- يجوز للقانون وضع قيود معينة على ممارسة بعض الحقوق أو الحريات من أجل حماية البيئة.

- <u>الحق في الوقاية الصحية.</u>

- تحمي الدولة حرية الوصول إلى الإجراءات والمساواة لتعزيز وحماية واستعادة الرعاية الصحية والتأهيلية للفرد.
- يجب تنسيق ومراقبة الأنشطة المتعلقة بالصحة والأنشطة المقلقة للراحة.
- من واجب رئيس الدولة ضمان تقديم المساعدات الصحية، سواء قدمها القطاع العام أو الخاص.
- كل شخص له الحق في الاختيار، لنظام الرعاية الصحية الذي يرغب في الانضمام إليه، إما الدولة أو القطاع الخاص.

لذلك يتميز الحق في الصحة دستور شيلي بما يلي:

١. ربط بين ثلاث معايير للصحة هي الحق في الحياة والسلامة الجسدية وأضاف إليها السلامة النفسية كمكون للحق في الصحة.

٢. كما ربط بين البيئة الخالية من التلوث والحق في الصحة.
٣. نص علي الحق في الرعاية الصحية الوقائية وليس العلاجية فقط.
٤. وضع معايير لقياس إعمال الحق هي حرية الوصول، وسهولة الإجراءات، والمساواة.
٥. وضع ضمن اختصاصات رئيس الجمهورية ضمان تقديم المساعدات الصحية.
٦. أعطى الأفراد حرية الاختيار بين الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع العام أو القطاع الخاص.

بذلك ترك للقانون وضع المعايير التي تحدد مستويات الخدمة وشروطها في كل قطاع وخضوع كلا القطاعين لرقابة الدولة.

تعتبر الضمانات الصحية المتوفرة في دساتير البرازيل وفنزويلا وكوبا من أعلي الضمانات الصحية. حيث اعتمدت علي وضع تفاصيل كثيرة للخدمات الصحية خاصة في دستور البرازيل وفنزويلا. كما أن الدستور الكوبي أكد علي المساواة ليس في الخدمات الصحية فقط ولكن في كافة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية.

مصر
والحق في الصحة

اذا نظرنا لدستور ١٩٧١ ورؤيته للحق في الصحة نجد:

(مادة ١٧)

تكفل الدولة خدمات التأمين الاجتماعي والصحي، ومعاشات العجز عن العمل والبطالة والشيخوخة للمواطنين جميعا، وذلك وفقا للقانون.

وبالتالي فهي مادة عامة لم تتضمن أي تفاصيل عن نوعية الرعاية الصحية ومدى التزام الدولة بها، وكيفية تمويلها كما شاهدنا في العديد من الدساتير التي عرضنا لها. وقد فتح ذلك المجال أمام خصخصة الصحة دون الحاجة لإصدار تشريعات لأن الدستور لم يضع ضوابط ومحددات للحق في الصحة. أما إذا انتقلنا لمشروع الدستور المقترح نجد مادة واحدة مخصصة للصحة هي:

المادة (٦٢)

" الرعاية الصحية حق لكل مواطن، تخصص له الدولة نسبة كافية من الناتج القومى.

وتلتزم الدولة بتوفير خدمات الرعاية الصحية، والتأمين الصحي وفق نظام عادل عالى الجودة، ويكون ذلك بالمجان لغير القادرين.

وتلتزم جميع المنشآت الصحية بتقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل مواطن في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة.

وتشرف الدولة على كافة المنشآت الصحية، وتتحقق من جودة خدماتها، وتراقب جميع المواد والمنتجات ووسائل الدعاية المتصلة بالصحة، وتصدر التشريعات وتتخذ كافة التدابير التي تحقق هذه الرقابة".

تحدثت المادة ٦٢ من المشروع عن الرعاية الصحية ولم تتحدث عن الحق في الصحة كمظلة أوسع لأن التضييق وقصر الحديث عن الرعاية فقط يمكن أن يفسر بأنه الرعاية الوقائية التي تقتصر علي خدمات التطعيمات والرعاية الصحية الأولية فقط ولا تشمل الرعاية الثانية التي تضم التحاليل والأشعة ولا الرعاية الثالثة التي تشمل العمليات الجراحية وعلاج الأمراض المزمنة. ويما يفتح الباب أمام التلاعب بهذا الحق.

كما نصت الفقرة الثانية علي أن الرعاية الصحية تقدم بالمجان لغير القادرين بينما وكما عرضنا فإن كافة الدساتير التي تلتزم بكفالة الحق في الصحة ورعايته بالمجان يكون لكل المواطنين ولا تقصره علي غير القادرين. لأن الصياغة بهذه الطريقة تقود إلي تضييق العلاج المجاني وقصره علي الفقراء. وإذا كان الكثير من المواطنين يعانون من مشاكل وقيود نظام العلاج علي نفقة الدولة والفساد الذي شاب ممارساته وأهدر الملايين وكان من أبرزها كشف شبكة أعضاء البرلمان المتاجرين في قرارات العلاج.

بدلاً من حل هذه الإشكالية وتأكيد الطابع المجاني للصحة العامة، تم قصر ذلك علي غير القادرين، المطالبين بإثبات أنهم غير قادرين، علمًا بأن ٤٣٪ من السكان دون خط الفقر وأن ٢٠٪ من المصريين مُصابون بفيروسات الكبد وأن لدينا أكثر من نصف مليون مُصاب بالفشل الكلوي. كما أن الفقراء المرضى بالأمراض المزمنة أو المحتاجين لفحوص مثل الأشعة المقطعية والرنين المغنطيسي وغيرها، لن يستطيعوا إجراءها قبل أن يثبتوا أنهم فقراء.

إن المواطن المصري الفقير يتحمل ٦٥٪ من تكلفة الرعاية الصحية بينما لا تتحمل الدولة سوى ٣٥٪ فقط، ولو تم تمرير الدستور سيصبح علي المواطن صراع من أجل إثبات فقره واستحقاقه للعلاج المجاني.

لقد نشر موقع الأهرام الالكتروني في ٢٢ مايو ٢٠١٢ أن طفلة سقطت من مكان مرتفع واحتاجت لإجراء أشعة مقطعية في مستشفي حكومي في أسيوط، طلب من والدها سداد ١٥٠ جنيه قيمة الأشعة في المستشفي المفترض أنه مجاني. ولأن الوالد يعمل عريجي ولا يملك هذا المبلغ ترك زوجته وطفلته في المستشفي وذهب ليبيع جزء من عفش بيته لسداد قيمة الأشعة. تري ماذا يمكن أن يحدث لمثل هذا الرجل لو تم تطبيق الدستور المقترح؟!!!! وهناك آلاف الأمثلة المشابهة التي يعرفها كل منا.

أما موضوع علاج الطوارئ فهو موجود في ظل القوانين الحالية ولكن لا تقبل المستشفيات الخاصة استقبال حالات الطوارئ، وكم من مريض فارق الحياة وهو يلف بسيارة الإسعاف بحثًا عن مستشفي يستقبله. كيف لا يحسم هذا الأمر في الدستور؟!

لم يتعرض مشروع الدستور لباقي محددات الصحة وخاصة الغذاء الصحي ومياه الشرب النقية، كما لم يتعرض لدور الصحة في الرقابة علي الغذاء لكي لا يطعمونا بأغذية مسرطنة ومنتهية الصلاحية مصابة بأمراض كثيرة. كما لم يحدد دورًا للصحة في التعامل مع المواد الخطرة والمشعة والملوثة التي حولت مصر إلي مرمى عالمي للنفايات الخطرة. كما غض البصر عن قضية السلامة والصحة المهنية كما عرضنا في دساتير العديد من الدول المحترمة.

لكل هذه الأسباب نجد أن المادة ٦٢ من مشروع الدستور لا تلبي طموحاتنا لتوفير ضمانات حقيقية للحق في الصحة. ولهذا نجد أن هذه المادة مع باقي

المواد الخاصة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية كافية بتعريض صحتنا ومستقبل أطفالنا للخطر. بما يدفعنا لنقول (لا) لمشروع الدستور.

البدائل الشعبية للدفاع عن الحق في الصحة

تمتلك مصر منظومة صحية كبيرة ولكنها غير منظمة بشكل كفء. بما يهدر الموارد ويقود لتدهور صحة المصريين. ورغم تراجع عدد أسرة مستشفيات وزارة الصحة والجهات التابعة لها من٨٠,١ ألف سرير عام ٢٠٠٥ إلي ٤١,٦ ألف سرير عام ٢٠١١ فإن هذه الأسرة موزعة علي عدة جهات حكومية منها ١٣,٣ ألف سرير تابعة لوزارة الصحة، ٤,٥ ألف سرير تابعة للمستشفيات التعليمية و ٦,٩ ألف سرير تابعين للتأمين الصحي و ١,٩ ألف سرير تابع للمؤسسة العلاجية.بخلاف ٣١,٤ ألف سرير تابعين لجاهات حكومية أخرى مثل الجامعات ولديها ٢٧,٥ ألف سرير، ومستشفيات الشرطة والسجون ١,٤ ألف سرير و٢٨٨ سرير تابع للسكك الحديدية و ٢,٣ ألف سرير تابعين لجهات حكومية أخري. وذلك بخلاف ٢٩,٤ ألف سرير يملكها القطاع الخاص وعدد غير معروف من الأسرة تابع للجمعيات الأهلية.

إضافة إلي ذلك يوجد لدينا ٦٢ ألف طبيب و ١٧,٨ ألف صيدلي و ١١ ألف طبيب أسنان و ١١٠,٧ ألف ممرض وممرضة.

لدينا موارد وأصول صحية بخلاف الأراضي والمباني والأجهزة الطبية والمراكز العلمية التابعة لوزارة الصحة. لكن مشكلتنا هي غياب المنظومة الصحية وسوء إدارة الموارد القائمة.

لذلك بادرت لجنة الدفاع عن الحق في الصحة وهي لجنة شعبية تشكلت منذ ديسمبر ٢٠٠٥ ضد مشروع قانون التأمين الصحي المزمع إقراره في يناير ٢٠٠٦، وتم إصدار ورقة موقف في ديسمبر ٢٠٠٥ ونشرها علي مؤسسات المجتمع المدني المختلفة وتمت إعادة نشرها في ١١ جريدة. أدى ذلك إلي زيادة اهتمام

القوى السياسية ومنظمات المجتمع المدني (التعاون في عقد ١٥ اجتماع في ٥ محافظات خلال ٤ شهور، حتى ابريل ٢٠٠٦) والنتيجة: سحب المشروع مؤقتا خلال العام البرلماني. وبعد صدور قرار رئيس الوزراء بإنشاء الشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية وتطور المواجهة تم إنشاء لجنة الدفاع عن الحق في الصحة والتي حددت الحملة أهدافها في:

- مواجهة تدهور الخدمات الصحية.
- زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة.
- وقف خصخصة الخدمات الصحية.

و ذلك تحت شعار: "الحق في الصحة الحق في الحياة" كما بدأت المواجهة بوقفة احتجاجية أمام مجلس الشعب في ٥ يونيو ٢٠٠٧، ثم عقد المؤتمر القومي للدفاع عن حق المصريين في الصحة والذي نتج عنه الإعلان المصري عن الحق في الصحة في أكتوبر ٢٠٠٧. وقع على الإعلان خمسون منظمة تشمل:٩ أحزاب سياسية، نقابتين مهنيتين، نقابتين عماليتين، حركات اجتماعية: كفاية، معلمون بلا نقابة، أطباء بلا حقوق، حركة ٩ مارس للدفاع عن استقلال الجامعة، حركة الدفاع ضد خصخصة أموال التأمينات الاجتماعية. وتم تنظيم وقفة احتجاجية بمناسبة افتتاح مجلس الشعب في نوفمبر ٢٠٠٧. في ٢٠٠٨/٩/٤ صدر حكم محكمة القضاء الإداري بوقف تنفيذ قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٦٣٧ لسنة ٢٠٠٧ ليتوج مرحلة جديدة للحملة.

بعد الثورة أصدرت اللجنة البيان رقم (١٩) عقب خلع الرئيس مبارك وبلورت خلاله رؤيتها للإصلاح الصحي من خلال:

- تعميم التأمين الصحي الاجتماعي الشامل على كل أفراد الشعب فورا.

- النص على أن التأمين الصحي الشامل يعنى تغطية كل أفراد الشعب علاجيا من جميع الأمراض.
- زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة من ٤.٥٪ من الإنفاق الحكومي إلى ١٥٪ (النسبة العالمية).
- تتكفل الحكومة بدفع اشتراك من هم تحت خط الفقر (نصف الشعب) في التأمين الصحي الشامل.
- يقتصر ما يدفعه المواطنون على رسوم الاشتراك في التأمين الصحي دون دفع أية مساهمات أو رسوم إضافية.
- توحيد كل المستشفيات والهيئات الحكومية في هيكل واحد للتأمين الصحي ويظل هيكلا خدميا لا يهدف للربح، وتحسين مستوى الخدمات والأدوية به وحسن معاملة المرضى.
- تحسين أوضاع العاملين في قطاع الصحة من أطباء وتمريض وغيرهم وتطبيق الحد الأدنى للأجور ١٢٠٠ جنية، وتحديد الحد الأقصى بعشرين ضعف الحد الأدنى لمكافحة الامتيازات الظالمة والفساد.

وإذا كانت الدولة تتحدث دائمًا عن نقص الموارد المالية. فقد قامت اللجنة في بيانها الصادر في مارس ٢٠١١ بتوضيح بعض مصادر التمويل ومنها:

١. إخضاع صناديق تحسين الخدمة ـ وهي نوع من الصناديق الخاصة بالمستشفيات، والتي تجمع كل ما يحصل من المرضى، ولا تخضع لأية رقابة- نطالب بإخضاعها لرقابة الجهاز المركزي للمحاسبات، و لرقابة لجنة منتخبة من العاملين بالمستشفى حتى تنقذ حصيلة هذه الصناديق من النهب عن طريق إدارات المستشفيات، و حتى يصبح من الممكن استخدام تلك الحصيلة لسد النقص الحاد فى مستلزمات المستشفيات، وتحسين أحوال العاملين بالصحة، فتلك هي أهداف صناديق تحسين الخدمة التي لا تنفذ على الإطلاق.

٢. الإلغاء الفوري لبدعة القوافل الطبية، حيث تستنزف مئات الملايين من ميزانية وزارة الصحة كل عام، لتقام سرادقات يعالج فيها المرضى، ولكنها لا تقام في مكان يفتقد للمستشفيات بما يفقدها أي مبرر. إنها على العكس تقام غالبا في الساحة المجاورة أو المقابلة للمستشفى، وتأخذ العلاج الذي تستخدمه من علاج المستشفيات. وفي النهاية تقام تحت اسم الحزب الحاكم رغم تمويلها من ميزانية الدولة. لتصبح هذه الملايين المهدرة مرتعا للمحاسيب ووسيلة للدعاية للحزب.

٣. وضع حد سقف فوري للحوافز والبدلات الخرافية لكبار رجال الإدارة بوزارة الصحة والمديريات والهيئات والأمانات التابعة لها، والتي تصل لمئات الآلاف أحيانا، على أن تستخدم الأموال المتوفرة من هذا الإجراء في تحسين إمكانيات العلاج المجاني بالمستشفيات.

هكذا حاولت "لجنة الدفاع عن الحق الصحة" بلورة بديل للنظام الصحي يستفيد من الموارد الصحية المتاحة والمملوكة للدولة بإعادة تنظيمها وتطوير إدارتها. وفي إبريل ٢٠١٢ تشكل ائتلاف شعبي من لجنة الدفاع عن الحق في الصحة وجماعة أطباء بلا حقوق، وأطباء ميدان التحرير ودشنوا حملة شعبية بعنوان "ماذا أهم من صحة المصريين" مطالبين فيها بزيادة الإنفاق علي الصحة إلي ١٥٪ من الموازنة العامة للدولة. وقامت الحملة بتنظيم وقفات احتجاجية في الميادين الرئيسية والمدن الكبرى وحملة لجمع التوقيعات لدعم الحملة.

مبادرات مشروع الدستور

منذ بدا التفكير في إعداد دستور جديد بدأت عدة مبادرات شعبية لفرض بديل للمشروع المطعون علي اللجنة التأسيسية التي تضعه. وقد بدأت أولى المحاولات بدعوى عبر شبكات التواصل الاجتماعي بعنوان "تعالوا نكتب دستورنا". واعتمدت الحملة علي النزول الي الناس في أماكن تواجدها والحوار معها حول ماذا تريد في الدستور الجديد من حقوق وطموحات.

قام مركز دعم التنمية للاستشارات والتدريب بتنظيم مؤتمر "معا" لتضمين الدساتير العربية الحقوق الاقتصادية والاجتماعية للشعوب بالقاهرة في ٢٦- ٢٧ ديسمبر ٢٠١١. وبدأ بعد ذلك تنظيم ورش عمل واستماع إلي الفئات صاحبة المصلحة من عمال وفلاحين وصيادين وشباب ونساء ولجان شعبية ومبادرات شبابية والتعرف علي رؤيتهم لمشروع الدستور الجديد وفي القلب منه الحق في الصحة.

علي الجانب الآخر قامت عدة منظمات من المجتمع المدني بتنظيم حملات حول وضع الدستور الجديد. ومن أهم هذه المبادرات مبادرة "العمال والفلاحين يكتبون الدستور" والتي أطلقها المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية في ديسمبر ٢٠١١ وقد عقدت الحملة أكثر من ١٣ مؤتمر عام جماهيري، واستمعت لأراء ومقترحات العمال والفلاحين في ٢٢ محافظة. شاركت ٨٢ منظمة مجتمع مدني ونقابة عمالية مستقلة في المشروع، إضافة إلي الجماهير التي حضرت المؤتمرات وورش العمل في المحافظات.

ثم تشكلت لجنة صياغة وتشرفت بكوني أحد المشاركين في هذه اللجنة التي اجتمعت في ورشة عمل عقدت في أغسطس ٢٠١٢ وانتهت لوضع وثيقة بديلة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية. ونعرض ضمن الملاحق الجزء الخاص بالحق في الصحة من هذه الوثيقة.



ملاحق

لجنة الدفاع عن الحق في الصحة

مشروع الدستور يطيح بحق الشعب فى الصحة

بعد ثورة طالبت بالتغيير والحرية والعدالة الاجتماعية والكرامة الإنسانية انتظر الناس دستورا يضمن حق شعبنا فى الصحة من خلال النص على:

- التزام الدولة بالمسئولية عن صحة المواطنين (كحق من حقوق الإنسان وكضرورة للتنمية)
- توفيرنظام صحى موحد لتأمين صحى اجتماعى شامل لجميع المواطنين ضد كل الأمراض.
- تخصيص نسبة من الإنفاق الحكومى للصحة تساوى نسبة الإنفاق الموصى بها عالميا.
- التزام الدولة بالحفاظ على هيكل الخدمات الصحية الحكومى والمحافظة عليه وتطويره كهيكل غير ربحى، وإصلاحه وإقرار الرقابة الشعبية عليه.

ولكن جاء مشروع الدستور الجديد خاليا من كل تلك الالتزامات، فيقتصر التزام الدولة على "توفير خدمات الرعاية الصحية والتأمين الصحى وفق نظام عادل وعالى الجودة" ولا يوجد التزام بصحة المواطنين. كما لا يوجد تعريف محدد لكلمة عادل ولا عالى الجودة فهى كلمات مطاطة. والتأمين الصحى المذكور فى الدستور لا يحدد إذا ما كان تأمينا صحيا اجتماعيا وليس تجاريا. كذلك لا تحديد حول شموله كل المواطنين وتقديمه العلاج لكل الأمراض مع المساواة بين المواطنين، بالطبع لأن مشروع قانون التأمين الصحى المقدم لا يقدم سوى حزمة الانتفاع الأساسية المحدودة

التى تقتصر على العيادة الخارجية والدواء بدون العلاج بالمستشفيات التى يتعهدون فى مشروع القانون بتقديمها لمن يدخل جديدا فى التأمين الصحى. وبدلا من النسبة العالمية الموصى بها للإنفاق على الصحة، أو النسبة التى تنفقها الدول المتقدمة فى مجال الصحة يأتى مشروع الدستور بصيغة "نسبة كافية من الناتج القومى" ولا ندرى كافية لماذا حيث كانت كل الحكومات السابقة تعتبر ما تنفقه نسبة كافية فى حدود ظروفها. ولا يوجد أى ذكر لهيكل الخدمات الصحية الحكومى الذى تعمل الحكومة على خصخصته ونطالب بإصلاحه مع الحفاظ على طابعه غير الربحى. بل إنه تم إلغاء ثلاثة تعهدات كانت موجودة فى المسودات السابقة للدستور حيث تم التخلى عن إنشاء نظام صحى موحد، والتخلى عن النص صراحة على مجانية الطوارئ وحذفت عبارة الرقابة الشعبية على الصحة من مشروع الدستور.

العنوان العريض لكل تلك الصيغ الدستورية هو الميوعة والتخلص من الالتزام بحقوق الشعب فى الصحة. ولا يمكن اتهامهم بأن السبب هو الجهل، وقد رفعنا مطالبنا للجنة ولكل من يهمهم الأمر، ولكن مشروع الدستور متوافق تماما مع الخطة المشتركة للبنك الدولى والحكومى لخصخصة الصحة، وهى أيضا الخطة التى وضع بمقتضاها مشروع قانون التأمين الصحى الجديد الذى يتحول إلى تأمين صحى تجارى يفرق بين الخدمات المقدمة للمؤمن عليهم حاليا والمؤمن عليهم حديثا عند تطبيق القانون، ويثقل كاهل المواطنين برسوم ومساهمات تزيد عن مائة جنيه شهريا لكل مؤمن عليه لديه مرض مزمن أو أكثر!!

لهذا نرفض مشروع الدستور الذى يهدر حق المواطن فى الصحة والعلاج.

لجنة حق المواطن

فى الصحة والتعليم

الصحة حق من حقوق الشعب الثائر

هنيئا للشعب المصرى بثورته! لقد ثار الشعب على الظلم والاستبداد مناديا: "تغيير، حرية، عدالة اجتماعية" ونجح فى مرحلته الراهنة فى انتزاع حريته بالأمر الواقع كما نجح فى الإطاحة برأس النظام وبعض رموزه. وسبق الثورة اتساع ضخم فى المعارضة الشعبية لكل أشكال الظلم والاستبداد وحرمان الشعب من حقوقه الأساسية ومنها حقه فى الصحة. وتكونت لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة منذ أربع سنوات لكى تواجه مؤامرات الحكومة لنشر خصخصة الصحة تحقيقا لمصالح المستثمرين المتاجرين بصحة الشعب على حساب حرمان الشعب من حقه فى الصحة.

لقد نادى حاتم الجبلى وزير الصحة فى العهد البائد بتحويل المستشفيات إلى شركات وتحويل هيئات وزارة الصحة إلى شركات قابضة تتاجر فى مرض المواطنين وتتربح منه، كما نادى بتقليص الأمراض التى يعالجها التأمين الصحى، وزيادة ما يدفعه المواطن فى العلاج ليشمل اشتراك التأمين بالإضافة إلى مساهمات (نسبة من تكلفة العلاج) ورسوم عند كل صرف دواء أو عمل فحوص أو دخول مستشفى! وتصدى له الشعب ولجنة الدفاع عن الحق فى الصحة وكل الشرفاء ونجحوا فى كسب حكم محكمة يوقف الشركة القابضة للصحة. وينص الحكم على أن **"الصحة لا يجب أن تكون موضوعا للتجارة والمساومة والاحتكار"**. كما نجحوا فى تعطيل إصدار قانون التأمين الصحى الذى يحرم المواطنين من الحق فى الصحة

واليوم نعلن أن الشعب الثائر يستحق أن ينال حقه فى الصحة! ويطالب الشعب بالمطالب التالية لتحقيق هذا الحق:

- تعميم التأمين الصحى الاجتماعى الشامل على كل أفراد الشعب فورا

- النص على أن التأمين الصحى الشامل يعنى تغطية كل أفراد الشعب علاجيا من جميع الأمراض
- زيادة الإنفاق الحكومى على الصحة من ٤.٥٪ من الإنفاق الحكومى إلى ١٥٪ (النسبة العالمية)
- تتكفل الحكومة بدفع اشتراك من هم تحت خط الفقر (نصف الشعب) فى التأمين الصحى الشامل
- يقتصر ما يدفعه المواطنون على رسوم الاشتراك فى التأمين الصحى دون دفع أى مساهمات أو رسوم إضافية
- توحيد كل المستشفيات والهيئات الحكومية فى هيكل واحد للتأمين الصحى ويظل هيكلا خدميا لا يهدف للربح، وتحسين مستوى الخدمات والأدوية به وحسن معاملة المرضى
- تحسين أوضاع العاملين فى قطاع الصحة من أطباء وتمريض وغيرهم وتطبيق الحد الأدنى للأجور ١٢٠٠ جنية، وتحديد الحد الأقصى بعشرين ضعف الحد الأدنى لمكافحة الامتيازات الظالمة والفساد

ولا يمكن تحقيق تلك المطالب فى ظل الحكومة الحالية التى تضم وزير صحة عضوا فى الحزب الوطنى الفاسد ولجنة سياساته صاحبة كل سياسات الخصخصة! لذا نضم صوتنا إلى صوت شعبنا فى المطالبة بإسقاط الحكومة.

بيان مشترك للجنة الدفاع عن الحق
فى الصحة (رقم ١٩) وأطباء بلا حقوق

فبراير ٢٠١١

الصحة

أحد حقوق الشعب الثائر بيان رقم ٢٠

دفع المصريون ثمنا غاليا من دم أبنائهم لتحقيق مطالب الثورة في التغيير والحرية والعدالة الاجتماعية. وتحت بند العدالة الاجتماعية يدخل حق هام جدا –ضمن حقوق أخرى كثيرة– وهو حق المصريين فى الصحة.

ليحصل المصريون على حقهم في الصحة؛ يجب أن يرتفع نصيب الصحة إلى ١٥٪ من الإنفاق الحكومى فى الموازنة العامة، وأن يتم بناء نظام تأمين صحي إجتماعي شامل لكل المواطنين وضد جميع الأمراض، يعمل بشكل غير ربحي، ويدفع فيه المواطن إشتراكا شهريا كنسبة من الراتب بجانب نصيب صاحب العمل، ولا يلزم المشترك بعد ذلك بدفع أية رسوم إضافية عند طلب الخدمة التشخيصية أو العلاجية، يجب أيضا القضاء على الفوضى الموجودة حاليا بدمج كافة المستشفيات التأمينية ووزارة الصحة وكافة هيئاتها، وكذلك الوحدات الصحية ومراكز التشخيص العامة في نظام صحي موحد، يقدم خدمة صحية جيدة ومحترمة، تعتمد على مقدمي خدمة يأخذون أجرا عادلا على عملهم من وزارة الصحة يكفى لتوفير حياة كريمة لهم، كما تتحمل جهات عملهم مسئولية تدريبهم علميا باستمرار وتكاليف دراساتهم العليا، حتى يتمكنوا من تقديم خدمة صحية حقيقية للمواطنيين، بعيدا عن بيع الوهم للمصريين في تصريحات مسئولي الصحة التي كانت ترسم صورة وردية للقطاع الصحي تختلف تماما عن الحالة الكارثية لمستشفيات مصر.

ولأننا ندرك أن كثيرا من هذه الإصلاحات تحتاج إلى وقت لتنفيذها في حين أن الوضع شديد التدهور في مستشفياتنا يحتاج إلى حلول سريعة، لذلك فإننا نقترح مجموعة من الإجراءات السريعة التي نطالب بالتطبيق الفوري لها.

١. إخضاع صناديق تحسين الخدمة - وهي نوع من الصناديق الخاصة بالمستشفيات، والتي تجمع كل ما يحصل من المرضى، ولا تخضع لأية رقابة- نطالب بإخضاعها لرقابة الجهاز المركزي للمحاسبات، ولرقابة لجنة منتخبة من العاملين بالمستشفى حتى تنقذ حصيلة هذه الصناديق من النهب عن طريق إدارات المستشفيات، وحتى يصبح من الممكن استخدام تلك الحصيلة لسد النقص الحاد فى مستلزمات المستشفيات، وتحسين أحوال العاملين بالصحة، فتلك هي أهداف صناديق تحسين الخدمة التي لا تنفذ على الإطلاق.

٢. الإلغاء الفوري لبدعة القوافل الطبية، حيث تستنزف مئات الملايين من ميزانية وزارة الصحة كل عام، لتقام سرادقات يعالج فيها المرضى، ولكنها لا تقام في مكان يفتقد للمستشفيات؛ بما يفقدها أى مبرر. إنها على العكس تقام غالبا في الساحة المجاورة أو المقابلة للمستشفي، وتأخذ العلاج الذي تستخدمه من علاج المستشفيات. وفي النهاية تقام تحت اسم الحزب الحاكم رغم تمويلها من ميزانية الدولة. لتصبح هذه الملايين المهدرة مرتعا للمحاسيب ووسيلة للدعاية للحزب.

٣. وضع حد سقف فوري للحوافز والبدلات الخرافية لكبار رجال الإدارة بوزارة الصحة والمديريات والهيئات والأمانات التابعة لها، والتي تصل لمئات الآلاف أحيانا، على أن تستخدم الأموال المتوفرة من هذا الإجراء في تحسين إمكانيات العلاج المجاني بالمستشفيات.

هذه عينة من الإجراءات التي لا تحتاج لميزانية جديدة ولا لإمكانيات جديدة. فقط تحتاج لحكومة وطنية جديدة، تختلف عن حكومات الحزب الوطني السابقة، تحتاج لحكومة تنحاز فعلا لمصلحة الشعب وحقه في الصحة.

لجنة الدفاع عن الحق في الصحة

مارس ٢٠١١

بيان نقابة أطباء القاهرة
لرفض مادة الصحة في الدستور

تعلن نقابة أطباء القاهرة لجموع الأطباء وللعاملين بالقطاع الصحي وللشعب المصري عن رفضها القاطع لمادة الرعاية الصحية في الدستور لأنها لا تحقق اي ضمانات صحية للمواطن المصري، و نود أن نوضح الآتي:

أولا: تم عقد ندوة وورشة عمل بنقابة أطباء القاهرة منذ خمسة أشهر تم خلالهما دراسة مواد الصحة فيما يقرب من ثلاثين دستورا من دساتير العالم بالإضافة لدستور منظمة الصحة العالمية وحضر الندوة العديد من المهتمين بالقطاع الصحى بالإضافة للدكتور خيري عبد الدايم (نقيب الأطباء وممثلهم بالجمعية التأسيسية للدستور) وتوصل الحاضرون لأفضل صيغة مقترحة لمادة الصحة يمكن من خلالها ضمان حق الرعاية الصحية للمواطن المصرى، وتم تسليم هذه الصيغة لنقيب الأطباء لعرضها على لجنة وضع الدستور.

ثانيا: فوجئنا بعد الصياغة الأولى بأنه لم يتم الالتفات إلى مقترحاتنا وبأنه قد تمت صياغة مادة الرعاية الصحية فى المسودة (الأولى) للدستور كالآتى:

"الصحة والسلامة الجسدية والنفسية حق لكل مواطن تكفله الدولة مجانًا لغير القادرين. وتوفر الدولة الرعاية الصحية والتأمين الصحى للمواطنين كافة فى إطار نظام صحى موحد، ويحظر حرمان أى شخص من العلاج الطبي بدون اشتراط المقابل فى حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة. وتتولى الدولة الإشراف والرقابة على جميع الإجراءات والمواد والمنتجات

والمؤسسات والدعاية ذات الصلة بالصحة، وتتيح الدولة للنقابات ومنظمات المجتمع المدنى دوراً فعالاً فى ذلك."

ملحوظة: هذه الصياغة كانت تحمل العديد من السلبيات ولذلك قامت نقابة أطباء القاهرة بإرسال خطابات إلى الجمعية التأسيسية للدستور، وأيضا تم إرسال خطابات إلى جميع الأطباء الممثلين بالجمعية التأسيسية لطلب تعديل هذه الصياغة. (من هؤلاء الأطباء: د/ خيرى عبد الدايم، د/ محمد البلتاجى، د/ ياسر برهامى، د/ عصام العريان، د. أسامة ياسين، د. أميمة كامل، د. عبد الجليل مصطفى، د. هدى غنية).

ثالثا: تم بعد ذلك بالفعل تعديل الصياغة ولكن للأسف الشديد لتصبح أسوأ من الصياغة الأولى وأصبحت الصياغة النهائية لمادة الصحة فى الدستور هى كالآتى:

مادة ٦٢:

"الرعاية الصحية حق لكل مواطن، تخصص له الدولة نسبة كافية من الناتج القومى وتلتزم الدولة بتوفير خدمات الرعاية الصحية، والتأمين الصحى وفق نظام عادل عالى الجودة، ويكون ذلك بالمجان لغير القادرين.

وتلتزم جميع المنشآت الصحية بتقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل مواطن فى حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة.

وتشرف الدولة على كافة المنشآت الصحية، وتتحقق من جودة خدماتها، وتراقب جميع المواد والمنتجات ووسائل الدعاية المتصلة بالصحة؛ وتصدر التشريعات وتتخذ كافة التدابير التى تحقق هذه الرقابة."

رابعا: سلبيات الصياغة النهائية:

١. لم يتم ذكر أن الرعاية الصحية سوف تقدم للجميع دون تمييز لأى سبب (وبالتالى يمكن تقديم خدمة أفضل لمن يدفع أكثر)

كما أن عبارة بالمجان لغير القادرين عبارة مبهمة فلم يتم تحديد معايير غير القادرين (هل هم الحاصلون على معاش الضمان الاجتماعى فقط مثلما أعلنوا فى قانون التأمين الصحى المقترح؟).

٢. لم يتم ذكر أن الرعاية الصحية ستغطى جميع الأمراض بل تم الاكتفاء بضمان الدولة لعلاج حالات الطوارىء فقط.

٣. لم يتم ذكر المعايير الأخرى لتقديم الخدمة الصحية من حيث المقبولية والاتاحة والحماية والتطور (دستور منظمة الصحة العالمية)، وهذا يتيح للدولة فرصة تقديم نفس الرعاية الصحية الحالية المتدنية التى لا تليق بالشعب المصرى.

٤. لم يتم ذكر التزام الدولة بالإنفاق على القطاع الصحى بنسبة من الموازنة لا تقل عن متوسط النسب العالمية التى وقعت عليها مصر، وهذا الأمر يدل على استمرار عدم اهتمام الدولة بصحة الشعب إذ أنه لا يمكن تقديم رعاية صحية حقيقية بدون إنفاق مناسب، أما عبارة (تخصص له الدولة نسبة كافية من الناتج القومى) فإنها عبارة هلامية لا تحمل أية ضمانات.

٥. لم يتم ذكر رعاية الدولة للأمراض المزمنة التى تعصف بصحة الشعب وقد تحتاج لزراعة الأعضاء.

٦. تم حذف عبارة (نظام صحى موحد) من الصياغة النهائية وهذا سيمكن الدولة من اتباع نفس الأنظمة الفاشلة فى القطاع الصحى الذى ينقسم الآن إلى عدة أنظمة (مستشفيات جامعية، مؤسسة علاجية، مستشفيات تعليمية، مستشفيات متخصصة، تأمين صحى، مستشفيات عامة.... وغيرها) وكل نظام له لوائح مختلفة ومتضاربة.

٧. ٧- تم حذف عبارة (<u>وتتيح الدولة للنقابات ومنظمات المجتمع المدنى دور فى الإشراف والرقابة</u>) من الصياغة النهائية، وهذا بدوره سوف يؤدى إلى نفس السياسات الفاشلة التى تجعل الدولة هى التى تراقب نفسها.

٨. تم حذف عبارة (<u>دون اشتراط المقابل</u> – الخاصة بعلاج حالات الطوارىء) وهذا سيمكن المنشآت الصحية من اشتراط المقابل المادى قبل علاج حالات الطوارىء والحوادث.

<u>**خامسا: كنا نتمنى من أجل ضمان صحة الشعب المصرى أن تكون صياغة فقرة الرعاية الصحية فى الدستور كالآتى:**</u>

مادة...: تعد الرعاية الصحية جزءًا أساسيًا من التنمية البشرية المتطورة، كما يعد الحق في الصحة من الحقوق الإنسانية الأصيلة تعمل الدولة علي كفالته لجميع المواطنين دون أي تمييز لأي سبب، عبر وضع سياسات اجتماعية واقتصادية تهدف إلي تأسيس نظام صحي موحد، ينشئ مظلة حماية تأمينية صحية شاملة لكل المواطنين تغطي كل الأمراض بما فيها زراعة الأعضاء، ويعمل علي النهوض بمقدمي الخدمة الصحية علميًا واجتماعيًا مع ضمان أجور كريمة لهم، مع الإهتمام بالفئات العمرية الحرجة وذوي الاحتياجات الخاصة، علي ان تتحقق لها معايير الإتاحة والمقبولية والجودة والحماية والتطور، وتلتزم الدولة بالإنفاق علي الرعاية الصحية بنسبة لا تقل عن المعدلات العالمية مع الالتزام بالاتفاقات الدولية الموقعة في هذا الشأن، ويكون للنقابات الطبية ومنظمات المجتمع المدني المعنية دور فعال في المشاركة في وضع هذه الخطط والسياسات ومتابعة تنفيذها.

الأمين العام

د/ إيهاب الطاهر

بيان أطباء بلا حقوق
مادة الصحة في مشروع الدستور

تراجع عن آمالنا بعد الثورة.. تراجع عن دستور ٧١.. تراجع حتى عن المادة ٣٦ في أول مسودة منشورة للدستور

بعد الثورة كانت آمال المصريين البسطاء أن تتحسن حياتهم تطبيقا لشعارات الثورة "العدالة الإجتماعية والكرامة الإنسانية"، لذلك فمع البدء في كتابة الدستور تم عمل مناقشات وندوات عديدة لتحديد مطالب الصحة من الدستور، وقلنا أن النصوص الخاصة بالصحة في دستور ٧١ كانت عامة جدا، ولذلك سمحت بأن تبقى المستشفيات الحكومية خرابات وأماكن للموت وليس للعلاج، وسمحت بأن يظل الإنفاق على الصحة ٤,٥٪ أقل من ثلث ما ينص عليه الإتفاقات الدولية وهو ١٥٪ من الموازنة العامة، ولم تضمن أية طريقة فعالة للرقابة الشعبية تمنع الفساد الحكومي من أكل ميزانية الصحة سواء كانت ضعيفة أو كبيرة، لذلك طالبنا بنقاط محددة حتى نضمن تحسين حقيقي للخدمة الصحية في مصر

١. تحديد نصيب للصحة من الموازنة العامة يتماشى مع الإتفاقات الدولية التي تشارك مصر فيها.
٢. فرض رقابة شعبية ونقابية على المؤسسات الحكومية والخاصة المقدمة للخدمة الصحية حتى نتحاشى المهازل التي تحدث حاليا في الخدمات الصحية.
٣. إلتزام الدولة بتطبيق نظام تأمين صحي اجتماعي شامل موحد، يلزم المواطن بالإشتراك فقط، ولا يلزم المواطن بدفع نسب من تكاليف العلاج ولا الفحوص الطبية.

٤. تجريم مطالبة المريض بأي مقابل مادي للخدمة في خدمات الطوارئ.
٥. الاهتمام بمقدمي الخدمة الصحية كأساس ضروري للخروج بالصحة من وضعها الكارثي الحالي.

فوجئنا مع نزول اول مسودة للدستور بأن المسودة أقل كثيرا جدا من أمالنا.. حيث تكفل فيها الدولة العلاج المجاني "لغير القادرين" طبعا مع عدم التعريف لغير القادرين.. ومع تذكرنا لمسودة سابقة لمشروع التأمين الصحي، تعرف غير القادرين بأنهم المعتمدين على معاش الضمان الاجتماعي، باختصار غير القادرين هؤلاء هم "المعدمون" أما العامل أو الطبيب أو المدرس الذي يتراوح أجره بين ٥٠٠- ١٠٠٠ جنيه فهذا قادر والدولة لا تكفل له العلاج المجاني!!!

المشكلة أن الماده ٣٦ الخاصة بالصحة في أول مسودة للدستور- والتي لنا اعتراضات هامة عليها- أحسن كثيرا من المادة ٦٢ في النسخة النهائية للدستور، حيث احتفظت المادة في صياغتها النهائية بالصيغة التي تقصر العلاج بالمجان على غير القادرين، وزادت عليه أنها نصت على نصيب عادل للصحة من الناتج القومي ولكنها لم تحدده ولم تنص على الالتزام بالمعاهدات الدولية في هذا الشأن، أيضا عند مقارنة المادة الجديدة ٦٢ بالمادة ٣٦ في أول مسودة، نجد أن المادة الجديدة ألغت إشراف النقابات أو المجتمع المدني على الخدمات الصحية، وألغت وصف النظام الصحي الذي سيقدم الخدمة الصحية للمواطنين بأنه "نظام صحي موحد"، وألغت النص على "تقديم العلاج الطبي دون اشتراط مقابل في حالات الطوارئ والخطر على الحياة" وكل هذا كان منصوصا عليه في المادة ٣٦!!!!

معنى هذا باختصار أن مشروع الدستور النهائي، يفتح الطريق لإنهاء التزام الدولة بالعلاج المجاني للمصريين، ولإنهاء التزام الدولة بتقديم العلاج دون مقابل في حالات الطوارئ، وتفتح الطريق لنظام علاج غير موحد، يقنن و

يقبل أن يأخذ المواطن خدمة صحية مختلفة المستوى، تعتمد على قدرة المواطن على الدفع، وهذا يتماشى بالفعل مع مشروع خصخصة التأمين الصحي الذي يعد حاليا، أيضا ينهي هذا الدستور حلمنا بالتزام الدولة برفع نسب الإنفاق على الصحة للنسب العالمية التي تقرها المعاهدات الدولية، وينهي حلمنا برقابة شعبية على مؤسسات الدولة في مجال الصحة حتى نضمن عدم إهدار الميزانية التي نوفرها لهذا القطاع الهام من أموال دافعي الضرائب، وينهي حلمنا بنص دستوري يضمن حياة كريمة لمقدمي الخدمة الصحية، وبذلك تستمر ميزانية الصحة عرضة للنهب والفساد سواء كانت ميزانية كبيرة أو صغيرة، وتستمر مستشفياتنا فقيرة ومهملة وعاجزة عن تقديم أية خدمة صحية حقيقية.



مواد مقترحة ضمن نتائج حملة العمال والفلاحين يكتبون الدستور

الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

- الحق في الصحة من الحقوق الإنسانية الأصيلة وتعمل الدولة على كفالته لجميع المواطنين - دون تمييز- وبمستويات معيارية ومجانية، وتلتزم بوضع سياسات اجتماعية واقتصادية تتعامل مع الرعاية الصحية باعتبارها جزءًا أساسيًا من التنمية البشرية المتطورة، ومع المرض باعتباره محنة إنسانية وليس سلعة فى سوق العرض والطلب، ومع العلاج والصحة باعتبارهما حق يلقى على الدولة مسؤولية تمكين كل إنسان من التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويؤدي إلى العيش بكرامة.
- وتكفل الدولة تأسيس نظام صحي اجتماعي شامل وموحد يمول من مواردها العامة واشتراكات القادرين والضرائب المخصصة للصحة يقدم الخدمات الصحية التأمينية الشاملة لكل المصريين دون تمييز، وبغض النظر عن قدرتهم على تحمل تكلفته في إطار من التضامن والمساواة والعدالة، ويغطي كل الأمراض بما فيها زراعة الأعضاء، مع الاهتمام بالفئات العمرية الحرجة وذوي الاعاقة، على أن تتحقق لتلك الخدمات معايير الإتاحة والمقبولية والجودة والحماية والتطور.
- وتلتزم الدولة بالإنفاق على الرعاية الصحية بنسبة لا تقل عن المعدلات العالمية التى تقرها منطمة الصحة العالمية، وتكفل النهوض بمقدمي الخدمة الصحية علميًا واجتماعيًا ومهنيًا وبما يضمن لهم أجورًا عادلة وعيشة كريمة، ويكون للنقابات الطبية ومنظمات وروابط العاملين فى الخدمات الطبية ومنظمات المجتمع المدني المعنية والسكان دور فعال في

المشاركة في وضع هذه الخطط والسياسات وعمليات صنع القرار ومتابعة تنفيذها.

- وتلتزم الدولة بتمكين كل السكان - دون تمييز- من الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، وخاصة أكثر الفئات ضعفًا أو تهميشًا وأن تكون في المتناول المادي والآمن لهم مثل سكان الريف والمناطق العشوائية والبدو والأقليات والنساء والأطفال والمراهقين وكبار السن والمعاقين والمرضى والفقراء.
- ويجب أن تكون كافة الخدمات الصحية المقدمة للسكان مناسبة علميًا وطبيًا وذات نوعية جيدة. ويتطلب ذلك أن يتوافر في مقدمي الخدمات الصحية التعليم والمهارة والإجادة وقواعد السلوك الأخلاقي الملائم للخدمات الصحة والطبية، وأن تكون العقاقير والأدوية ومعدات المستشفيات معتمدة علميًا وصالحة.
- وتضمن الدولة حماية الأمومة والطفولة صحيًا واجتماعيًا في إطار كفالتها وحمايتها لنظام الصحة العمومية المجاني، كما تعمل على خفض معدل وفيات المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الأطفال نموًا صحيًا وتحسين صحة الأطفال والأمهات، وتوفير الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية بما في ذلك إمكانية الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، والرعاية أثناء الحمل والولادة وبعدها.
- وتكفل الدولة تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية، واتخاذ التدابير الوقائية فيما يتعلق بحوادث العمل والأمراض المهنية، وضرورة كفالة إمدادات كافية من مياه الشرب المأمونة والصرف الصحي، ووقاية السكان والحد من تعرضهم للمواد الضارة والظروف المؤذية التي تؤثر على صحتهم. كما يتضمن الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها. وحماية الأغذية والنباتات والحيوانات وكافة الاحتياجات الأساسية اللازمة لتمتع

السكان بالصحة. وضمان ألا تشكل خصخصة قطاع الصحة تهديدًا لتوافر مرافق وسلع وخدمات الصحة وإمكانية الوصول إليها ومقبوليتها ونوعيتها. وضمان ألا تؤدي الممارسات الاجتماعية الضارة إلى عرقلة الوصول إلى الرعاية أثناء الحمل أو بعد الولادة وإلى وسائل تنظيم الأسرة، واتخاذ تدابير لحماية كل فئات المجتمع الضعيفة من مظاهر العنف الجسدى أو الجنسي، أو الحرمان من إمكانية حصول الناس على المعلومات والخدمات المتصلة بالصحة.

- ويجب على الدول كفالة تقديم الرعاية الصحية، بما فيها برامج للتحصين ضد الأمراض المعدية الخطيرة، وكفالة المساواة في التمتع بالمقومات الأساسية للصحة، مثل الأغذية السليمة من ناحية التغذية والمياه الصالحة للشرب، والسكن الملائم والظروف المعيشية المناسبة. التعاون في الحفاظ على البيئة بما فيها بيئة العمل، والعمل على تحسينها.
- تتخذ الدولة كافة التشريعات والإجراءات المتعلقة بزراعة الأعضاء والأنسجة بحيث تعمل على حماية الكرامة الإنسانية والحقوق الشخصية والصحة. ويكون التبرع بالأعضاء والأنسجة والخلايا مجانيا وتحت إشراف الدولة، ويحظر الاتجار فيها.
- على الدولة أن تعمل بشكل دائم على تطوير مؤسسات البحث العلمي الطبي، وتخصيص اعتمادات مالية خاصة وتفي باحتياجاتها، وتضع الدولة نظاما للبعثات الطبية لتشجيع مواكبة كل ما يخدم صحة السكان ويحقق رفاهيتهم وسلامتهم البدنية والنفسية والعقلية.
- يجوز لمؤسسات القطاع الخاص أن تشارك بطرق تكميلية في النظام الصحي الموحد .وفقا للمعايير الوطنية، مع إعطاء أفضلية للكيانات الخيرية والتعاونية التي لا تستهدف الربح.



DSC
مركز دعم التنمية للاستشارات والتدريب
روافد
للنشر والتوزيع
Bibliotheca Alexandrina
1195062